

Université de Montréal

Évaluation du rôle des biais cognitifs des parents dans la transmission intergénérationnelle
de l'anxiété chez de jeunes enfants

Par

Denis, Isabelle

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade

de Maître ès Sciences (M.Sc.)

en psychologie

Décembre 2006

© Isabelle Denis, 2006



BF

22

US4

2007

V.018

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Évaluation du rôle des biais cognitifs des parents dans la transmission intergénérationnelle
de l'anxiété chez de jeunes enfants

Présenté par :

Isabelle Denis

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Présidente-rapporteuse	Sophie Parent
Directrice de recherche	Lyse Turgeon
Membre du jury	Stéphane Cantin

Résumé

Plusieurs études indiquent que les biais cognitifs contribuent au développement de l'anxiété pathologique (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Creswell, Schniering, & Rapee, 2005; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). La présente étude examine les biais cognitifs de parents présentant un niveau élevé d'anxiété, lors d'une tâche d'interaction parent-enfant, afin d'élucider un des mécanismes potentiels de la transmission intergénérationnelle de l'anxiété. Un total de 38 parents et un de leurs enfants âgés entre 4 et 7 ans est recruté pour cette étude. Les parents sont répartis dans le groupe anxieux ($n=19$) et dans le groupe non anxieux ($n=19$) selon leur degré d'anxiété tel qu'évalué à l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (Gauthier & Bouchard, 1993). D'abord, les dyades prennent part à une tâche d'interaction sous forme d'histoires à compléter présentant différents thèmes (positif, ambigu et anxiogène). Les biais cognitifs sont ensuite évalués par des observateurs aveugles au groupe d'appartenance des participants. Les parents remplissent des questionnaires auto-rapportés évaluant leurs symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que des questionnaires sur la psychopathologie de l'enfant. De plus, un court questionnaire est rempli par l'éducateur-trice ou l'enseignant-e de l'enfant. Les résultats indiquent que les dyades du groupe anxieux manifestent davantage de biais cognitifs que les dyades du groupe non anxieux et ce, surtout lorsqu'ils sont face un stimulus ambigu. Lorsqu'ils sont exposés à une situation anxiogène, les dyades du groupe anxieux adoptent plus fréquemment des comportements d'évitement et de déni. La discussion porte sur les implications théoriques et sur le plan de la recherche.

Mots clefs : anxiété, troubles anxieux, pratiques parentales, interaction parent-enfant, cognition, biais cognitifs, catastrophisation.

Abstract

Many studies indicate that cognitive bias contribute to the development of anxiety disorders (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Creswell, Schniering, & Rapee, 2005; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). This study examines the cognitive bias of parents showing a high level of anxiety symptoms during a parent-child interaction to explain one of the possible mechanisms of intergenerational transmission of anxiety disorders. A total of 38 parents and one of their children aged 4 to 7 years old participate in this study. The parents are divided into an anxious group ($n=19$) and a non anxious group ($n=19$) as a function of number of anxiety symptoms, as evaluated with the French version of the State-Trait Anxiety Inventory (Gauthier & Bouchard, 1993). Firstly, the dyads engage in a narrative construction in the form of a story completion that presents different themes (positive, ambiguous and anxious). Cognitive bias are then evaluated by blind coders. Parents complete questionnaires evaluating their anxiety and depression symptoms as well as questionnaires measuring their child psychopathology. Furthermore, a brief questionnaire is send to the children's educator or teacher in order to complete the evaluation of anxiety symptoms. The results of this study indicate that the dyads of the anxious group manifest more cognitive bias than the dyads of the non anxious group, specially in the ambiguous situation. When they are expose to an anxious situation, dyads from the anxious group manifest more avoidance behaviours or denial. Theoretical and research implications are discussed.

Key words : anxiety, anxiety disorders, parenting, parent-child interaction, cognition, cognitive bias, catastrophization.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	7
Méthodologie.....	11
Participants	11
Procédure	12
Mesures.....	13
Résultats.....	21
Comparaison des groupes au plan des symptômes intériorisés	21
Analyses principales	22
Discussion.....	27
Conclusion générale.....	34
Références.....	36
Tableaux.....	46
Annexes	50

Liste des tableaux

Comparaison des groupes au plan des biais cognitifs à l'histoire 1	47
Comparaison des groupes au plan des biais cognitifs à l'histoire 2	48
Comparaison des groupes au plan des biais cognitifs à l'histoire 3	49

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Lyse Turgeon, pour la confiance accordée dans la réalisation de ce projet de mémoire. Merci Lyse de m'avoir donné la chance d'être initiée à ce domaine fort intéressant qu'est l'anxiété chez les enfants. Je souhaite également remercier Sophie Parent pour les conseils prodigués lors d'une étape importante, soit l'élaboration d'une grille d'observation. J'aimerais remercier mon équipe de recherche qui, pendant la dernière année et demie, m'a offert un support moral et technique! Un merci spécial à Catherine Lapierre, ma codificatrice et amie, qui a cru jusqu'au bout en ce projet de recherche. Merci à mes amis (ils se connaissent!), pour m'avoir si souvent fait oublier que j'étudie en psychologie! Un énorme merci à ma famille, Diane, Yvon et Frank, qui ont su me supporter et m'encourager d'une façon brillante et qui ont compris l'importance de ce projet pour moi. Merci pour les soupers du samedi qui m'ont souvent divertis et, il faut le dire, qui m'ont facilité la vie! Je tiens à remercier particulièrement mon conjoint, Guillaume Foldes-Busque, pour sa compréhension et sa patience, mais surtout pour son intelligence! Enfin, la réalisation de ce projet de mémoire aura été plus facile grâce à l'appui financier du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) auquel j'exprime ma reconnaissance.

Introduction

L'anxiété constitue une réponse appropriée et essentielle qui joue un rôle adaptatif dans le développement de l'enfant. Elle peut survenir dans différents contextes et constitue, le plus souvent, une réaction adaptée à la situation. Par contre, l'anxiété peut devenir problématique lorsqu'elle cause de la détresse psychologique, lorsqu'elle est excessive par rapport au danger réel, lorsqu'elle est inappropriée si on l'observe à un âge où elle devrait normalement ne plus exister et lorsqu'elle entrave le fonctionnement du jeune. L'anxiété excessive entraîne une détresse importante qui se manifeste à plusieurs niveaux : émotif (sensation de peur), physiologique (difficulté à respirer, maux de ventre, etc.), cognitif (anticipations négatives, pensées catastrophiques, etc.) et comportemental (évitement des objets ou des situations redoutés).

Les troubles anxieux sont parmi les problèmes de santé mentale les plus communs chez les enfants, avec une prévalence variant entre 10% et 22% (Costello, Egger, & Angold, 2004; Muris, Merckelbach, Mayer, & Prins, 2000; Robins et al., 1984). Ils entraînent souvent des problèmes d'adaptation secondaires, comme la dépression, qui affecte jusqu'à 70% d'entre eux (Curry & Murphy, 1995). Dans la plupart des cas, ces troubles s'aggravent au fil des ans pour se transformer en problèmes chroniques et plus sévères à l'adolescence et à l'âge adulte (Dadds et al., 1999; Woodward & Fergusson, 2001). Les troubles anxieux entravent significativement le fonctionnement de l'enfant aux plans académique et social. Par exemple, les enfants anxieux, comparativement aux autres, rapportent plus d'inquiétudes, d'anticipations négatives face à l'école et de plaintes somatiques (Brady & Kendall, 1992). Ils sont plus isolés socialement, sont plus souvent négligés par leurs pairs et ont plus de difficultés que les autres enfants à développer des relations d'amitié (Rubin, LeMare, & Lollis, 1990).

Les études épidémiologiques permettent d'identifier différents types de facteurs biologiques, psychologiques, familiaux et environnementaux pouvant contribuer au développement et au maintien de l'anxiété pathologique. Une intégration de ces facteurs de risque dans un modèle transactionnel et développemental a été proposé par plusieurs auteurs (Chorpita & Barlow, 1998; Manassis & Bradley, 1994; Rapee, Wignall, Hudson, & Schniering, 2000; Vasey & Dadds, 2001). Ces derniers indiquent clairement que c'est le cumul de situations à risque qui entraînerait le développement des problèmes d'anxiété.

Parmi les facteurs biologiques, on retrouve une certaine prédisposition génétique et une vulnérabilité neurobiologique. En effet, il semble y avoir une plus grande concordance de l'anxiété pathologique chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes (Rapee et al., 2000; Vasey & Dadds, 2001). Cette implication génétique doit être mieux déterminée par d'autres études, mais il semble que la vulnérabilité à l'anxiété chez l'enfant se manifeste par un niveau élevé d'activation physiologique et d'émotivité. Les recherches concernant l'existence d'une vulnérabilité neurobiologique à l'anxiété indiquent que l'inhibition comportementale est un facteur de risque au développement des troubles anxieux (Kagan, 1994, 1997; Reznick, Hegeman, Kaufman, Woods, & Jacobs, 1992). L'inhibition comportementale est un état psychologique ou physique d'incertitude qui résulte de l'exposition à des objets non familiers, à des personnes étrangères ou à des situations stressantes (Reznick et al., 1992). Elle peut se manifester par une peur intense dans des situations nouvelles, de la gêne extrême et de l'évitement des situations sociales. Plusieurs études montrent la stabilité de ce mode de réaction durant la petite enfance et l'enfance, de même que le lien entre le tempérament inhibé et le développement ultérieur de problèmes d'anxiété (Biederman, Rosenbaum, Chaloff, & Kagan, 1995; Turner, Beidel, & Wolff, 1996). Cependant, la majorité des enfants présentant une inhibition

comportementale ne développeront pas de troubles anxieux. D'où l'importance, tel qu'indiqué précédemment, de considérer la notion de cumul de facteurs de risque.

Il existe également des facteurs familiaux associés à la transmission intergénérationnelle de l'anxiété. Parmi ceux-ci, on note la psychopathologie anxieuse des parents (Bernstein, Layne, Egan, & Nelson, 2005; Rapee et al., 2000), un mode d'attachement insécure (Horvath Dallaire & Weinraub, 2005; Manassis & Bradley, 1994; Vasey & Dadds, 2001) et certaines pratiques parentales (Dumas, LaFrenière, & Serketich, 1995; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Rapee, 1997; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999; Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002). En effet, quelques études d'observation ont montré que les parents d'enfants anxieux ont davantage de comportements de surprotection, de contrôle excessif, d'intrusion et de rejet que les parents d'enfants non anxieux (Moore et al., 2004; Whaley et al., 1999; Woodruff-Borden et al., 2002). De plus, ces études suggèrent que les mères anxieuses ont moins d'interactions positives avec leurs enfants, sont plus critiques et présentent plus de pensées catastrophiques que les mères non anxieuses.

Il existe également des facteurs environnementaux, tels que les événements stressants de la vie (Rapee et al., 2000; Vasey & Dadds, 2001), ainsi que des facteurs psychologiques. Parmi ceux-ci, on note des facteurs cognitifs tels que les biais et les distorsions cognitives. Tout comme chez l'adulte, l'anxiété chez l'enfant semble être associée à une variété de biais cognitifs qui peuvent contribuer de façon importante au développement d'un trouble anxieux (Beck & Emery, 1985; Rapee et al., 2000; Vasey & Dadds, 2001; Vasey & Macleod, 2001). Il semble que le développement des biais cognitifs chez les enfants soit relié à des pratiques parentales qui mettent l'accent sur l'évitement des situations anxiogènes et sur la perception de danger (Rapee et al., 2000). En effet, les

biais cognitifs semblent jouer un rôle causal et de maintien de l'anxiété en induisant des états émotionnels anxieux et des comportements d'évitement qui, en retour, renforcent les cognitions anxieuses (Creswell, Schniering, & Rapee, 2005). La plupart des théories affirment que l'anxiété est de nature anticipatoire, alors que la peur est reliée à une situation réelle (Lovibond & Rapee, 1993). Donc, les gens deviennent anxieux parce qu'ils perçoivent le potentiel d'une menace ou d'un danger dans le futur. La tendance de certains enfants à encoder sélectivement les informations dangereuses peut influencer le niveau d'activation physiologique et d'émotivité, ce qui les amène à devenir plus vulnérables à l'anxiété (Beck & Emery, 1985; Macleod, 1991). Il est démontré que les enfants anxieux interprètent les situations ou les stimuli ambigus comme étant anxiogènes (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Creswell et al., 2005). Barrett et ses collaborateurs (1996) ont examiné la façon dont est interprétée l'information ambiguë chez des enfants anxieux en comparaison avec des enfants non anxieux. Pour ce faire, ils présentent aux enfants des vignettes illustrant des situations ambiguës qui doivent être interprétées. Par exemple, l'expérimentateur présente l'histoire d'un enfant qui s'apprête à se joindre à un groupe de pairs pour jouer avec eux. En s'approchant, l'enfant se rend compte que les enfants rient. Les résultats de cette étude démontrent que les enfants cliniquement anxieux révèlent plus d'interprétations anxiogènes lorsqu'ils interprètent cette situation que les enfants du groupe contrôle. Par exemple, ils peuvent s'imaginer qu'ils disent un secret sur lui. En utilisant la même tâche, Chorpita, Albano et Barlow (1996) sont arrivés aux mêmes conclusions. Ces études indiquent que les enfants anxieux, tout comme leurs parents, manifestent un biais sélectif dans le traitement de l'information, favorisant les interprétations de stimuli ambigus comme étant menaçants. En somme, ces recherches suggèrent que les enfants anxieux possèdent des processus mentaux internes qui peuvent

engendrer de l'anxiété dans différentes situations pouvant être perçues comme anxiogènes. Par contre, les données de ces études ne révèlent pas si ces processus sont présents avant le développement d'un problème d'anxiété ou s'ils en sont une conséquence (Rapee et al., 2000).

Il semble que le développement des biais cognitifs chez les enfants soit relié à des pratiques parentales qui mettent l'emphasis sur la perception de danger et sur l'évitement des situations anxiogènes (Barrett, Rapee et al., 1996). Par contre, les mécanismes de la transmission familiale de l'anxiété sont encore mal compris (Whaley et al., 1999). En se basant sur les théories de l'apprentissage social, il est possible que la présence de biais cognitifs chez l'enfant soit influencée par un apprentissage familial, donc par l'existence de biais cognitifs chez le parent, ce qui en ferait un des mécanismes importants de transmission intergénérationnelle de l'anxiété. Il s'avère alors essentiel d'évaluer les biais cognitifs lors d'un processus d'interaction familiale. La présente étude vise à examiner les schémas cognitifs des parents anxieux, en comparaison avec des parents non anxieux, lorsqu'ils sont en interaction avec leurs jeunes enfants en utilisant une méthode d'observation directe afin d'élucider un des mécanismes potentiels de la transmission intergénérationnelle de l'anxiété.

La première partie du présent mémoire par article fait état de la littérature existante sur le sujet et des objectifs et hypothèses de l'étude. Suit, la méthodologie, soit une description des participants, de la procédure, ainsi que les mesures utilisées. La troisième partie décrit les résultats obtenus suite aux analyses statistiques. Enfin, la discussion porte sur les implications théoriques et sur le plan de la recherche.

Titre : Évaluation du rôle des biais cognitifs des parents
dans la transmission intergénérationnelle de l'anxiété chez de jeunes enfants

Titre abrégé : Biais cognitifs et transmission intergénérationnelle de l'anxiété

Isabelle Denis, M.Sc.(c)^{a,c}, Turgeon, Lyse, Ph.D.^{b,c} & Parent, Sophie, Ph.D.^{b,d}

^a Département de psychologie, Université de Montréal

^b École de psychoéducation, Université de Montréal

^c Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

^d Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale, Université de Montréal

Adressez les correspondances à :

Isabelle Denis

Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

7331, rue Hochelaga Est, Montréal, Québec, H1N 3V2

Téléphone: (514) 251-4015 poste 3588, Télécopieur: (514) 251-2617



Contexte théorique

Les troubles anxieux sont parmi les problèmes de santé mentale les plus communs chez les enfants, avec une prévalence variant entre 10% et 22% (Costello et al., 2004; Muris et al., 2000; Robins et al., 1984). Ils entraînent souvent des problèmes d'adaptation secondaires chez les enfants, comme la dépression, qui affecte jusqu'à 70% d'entre eux (Curry & Murphy, 1995). Les troubles anxieux entravent significativement le fonctionnement de l'enfant aux plans académique et social. Par exemple, les enfants anxieux, comparativement aux autres, rapportent plus d'inquiétudes, d'anticipations négatives par rapport à l'école et de plaintes somatiques (Brady & Kendall, 1992). Ils sont plus isolés socialement, sont plus souvent négligés par leurs pairs et ont plus de difficultés que les autres enfants à développer des relations d'amitié (Rubin et al., 1990). Dans la plupart des cas, ces troubles s'aggravent au fil des ans pour se transformer en problèmes chroniques et plus sévères à l'adolescence et à l'âge adulte (Dadds et al., 1999; Woodward & Fergusson, 2001).

Les études épidémiologiques permettent d'identifier plusieurs facteurs qui, lorsque combinés, peuvent contribuer au développement de l'anxiété pathologique. Parmi ceux-ci, on retrouve une certaine prédisposition génétique et une vulnérabilité neurobiologique, mais aussi l'existence d'une transmission familiale de l'anxiété. Des auteurs rapportent que les enfants de parents anxieux ont sept fois plus de chances que les enfants de parents non anxieux de développer un problème d'anxiété (Turner, Beidel, & Costello, 1987; Turner, Beidel, & Epstein, 1991). Parmi les facteurs familiaux associés à la transmission intergénérationnelle de l'anxiété, on note la psychopathologie anxieuse des parents (Bernstein et al., 2005; Rapee et al., 2000), certaines pratiques parentales telles que la surprotection, le contrôle excessif et le renforcement des comportements d'évitement

(Dumas et al., 1995; Moore et al., 2004; Whaley et al., 1999; Woodruff-Borden et al., 2002) et un mode d'attachement insécure (Horvath Dallaire & Weinraub, 2005; Manassis & Bradley, 1994; Vasey & Dadds, 2001).

Plusieurs études indiquent que les biais cognitifs sont également des facteurs de risque importants qui peuvent contribuer au développement et au maintien de l'anxiété pathologique (Barrett, Rapee et al., 1996; Creswell et al., 2005; Moore et al., 2004; Rapee et al., 2000; Whaley et al., 1999). Il existe plusieurs types de distorsions cognitives, par exemple, la surgénéralisation, la personnalisation, l'abstraction sélective, etc. Par contre, toutes ces distorsions ne caractérisent pas les personnes qui présentent des difficultés d'anxiété. Les anticipations négatives et la catastrophisation semblent être particulièrement associées à l'anxiété (Epkins, 1996). Beck et Emery (1985) définissent la catastrophisation comme étant la tendance à anticiper la conséquence la plus dramatique possible d'une situation pour laquelle il existe une possibilité qu'un événement négatif ou déplaisant se produise. Ainsi, la personne qui présente des biais cognitifs liés à l'anxiété surestime la probabilité qu'un événement catastrophique se produise et exagère habituellement la possible conséquence négative de cette situation. Le développement des biais cognitifs chez les enfants semble être relié à des pratiques parentales qui mettent l'emphasis sur la perception de danger et sur l'évitement des situations anxiogènes (Barrett, Rapee et al., 1996). Par contre, les mécanismes de la transmission familiale de l'anxiété sont encore mal compris (Whaley et al., 1999). Il s'avère alors essentiel que les recherches futures évaluent les biais cognitifs dans une situation d'interaction familiale.

Les techniques d'observation directe qui permettent de caractériser l'interaction entre les enfants anxieux et leurs familles sont de plus en plus utilisées dans les études. Malgré les conclusions importantes tirées de ces recherches, un problème essentiel

concerne le manque d'information concernant l'anxiété parentale, celle-ci pouvant influencer l'adoption de certaines pratiques parentales pouvant contribuer au développement de problèmes d'anxiété (Rapee et al., 2000). À notre connaissance, trois études ont évalué les biais cognitifs de parents présentant des difficultés d'anxiété. Dans ces études, les symptômes anxieux des parents sont mesurés à l'aide d'une entrevue structurée, soit l'Anxiety Disorders Interview Schedule (Brown, DiNardo, & Barlow, 1994). D'abord, Whaley, Pinto et Sigman (1999) ont observé les interactions entre les mères anxieuses et leurs enfants âgés de 7 à 14 ans en utilisant une méthode d'observation afin d'élucider les mécanismes potentiels de la transmission familiale de l'anxiété. Dans cette recherche, les dyades sont observées alors qu'elles doivent parler d'un sujet conflictuel (5 minutes) et d'un sujet qui rend l'enfant anxieux ou inquiet (5 minutes). Les résultats indiquent notamment que les mères anxieuses ont moins d'interactions positives avec leurs enfants, sont plus critiques et présentent davantage de pensées catastrophiques que les mères non anxieuses. Woodruff-Borden, Morrow, Bourland et Cambron (2002) ont comparé les comportements de parents cliniquement anxieux et non anxieux lors d'une tâche d'interaction, soit un anagramme qui est impossible à résoudre, avec leurs enfants âgés de 6 à 12 ans. Cette étude avait pour but d'examiner des mécanismes potentiels de transmission intergénérationnelle de l'anxiété tels que le niveau d'engagement du parent dans la tâche, le niveau de contrôle et les interactions négatives. Les résultats indiquent que les parents anxieux sont moins engagés dans la tâche que les parents non anxieux, c'est-à-dire qu'ils ignorent plus leurs enfants, qu'ils donnent des réponses minimales et qu'ils ne tentent pas d'aider leurs enfants. Par contre, les parents du groupe anxieux ne manifestent pas plus de comportements de contrôle et ne présentent pas plus d'interactions négatives que les parents non anxieux. Dans une étude récente, Moore, Whaley et Sigman (2004) ont

également examiné les comportements de 68 mères et leurs enfants âgés de 7 à 15 ans présentant divers troubles anxieux. La tâche d'observation est sensiblement la même que dans l'étude de Whaley, Pinto et Sigman (1999) présentée ultérieurement. Les résultats suggèrent que les mères répondant aux critères diagnostiques de troubles anxieux ont plus tendance à anticiper des conséquences négatives et à les exprimer lorsqu'elles conversent avec leurs enfants. De plus, les mères non anxieuses ayant des enfants présentant un problème d'anxiété ont aussi tendance à prédire davantage de catastrophes que les mères d'enfants non anxieux. D'après les résultats de cette étude, avoir un enfant anxieux semble être un facteur pouvant biaiser négativement l'interprétation de la réalité chez la mère.

Aucune étude, à notre connaissance, n'a examiné le rôle des biais cognitifs du parent chez des enfants âgés entre 4 et 7 ans à l'aide d'une tâche d'observation directe. Celle-ci vise à recueillir un échantillon des discussions qui prennent part entre le parent et l'enfant dans un contexte où ils doivent résoudre des situations fictives qui suscitent diverses émotions, dont l'anxiété. En se basant sur les théories de l'apprentissage social, il est possible que la présence de biais cognitifs chez l'enfant soit influencée par un apprentissage familial, donc de l'existence de biais cognitifs chez les parents. Ce qui en ferait un des mécanismes importants de transmission familiale de l'anxiété. L'objectif principal de la présente étude est de vérifier si les dyades composées de parents anxieux ont tendance à co-construire (c'est-à-dire élaborer conjointement une narration) plus d'interprétations négatives et de scénarios catastrophiques, donc si elles manifestent plus de biais cognitifs que les dyades dont les parents présentent peu de symptômes d'anxiété. Spécifiquement, l'étude vise à comparer les groupes au plan de l'affect, des comportements anxieux et des thèmes anxiogènes abordés dans la narration en fonction du type de contenu (positif, anxiogène et ambigu) des histoires à compléter. Il est attendu que les dyades

comportant des parents anxieux élaborent plus d'interprétations anxiogènes et manifestent plus d'affects et de comportements anxieux que les dyades comportant des parents non anxieux et ce, de façon plus marquée lorsque des contenus anxiogènes ou ambigus sont présentés.

Méthodologie

Participants

Un échantillon initial composé de 50 parents et un de leurs enfants âgés entre 4 et 7 ans est recruté dans le cadre d'un projet de recherche qui étudie l'efficacité d'un programme de prévention des problèmes d'anxiété chez de jeunes enfants. Les parents répondent à des annonces placées dans différents journaux montréalais, dans les centres de la petite enfance, dans diverses écoles primaires, dans des CLSC, à l'Université du Québec à Montréal, à l'Université de Montréal, ainsi que dans des organismes de soutien aux parents vivant des difficultés liées à l'anxiété. Pour être éligibles à l'étude, les parents doivent être âgés de plus de 18 ans et ils doivent parler et lire couramment le français. De plus, les enfants doivent être âgés entre 4 et 7 ans et ils doivent également parler couramment le français. Lorsque les parents ont plusieurs enfants éligibles à l'étude, l'enfant est sélectionné selon son âge et son sexe afin de favoriser un meilleur appariement des groupes. Lorsque les deux parents souhaitent participer, le parent qui s'occupe le plus de l'enfant est recruté. Les parents sont exclus s'ils présentent une problématique d'abus de substances, des épisodes psychotiques, un retard mental et des problèmes de santé physiques majeurs. Les enfants sont exclus s'ils présentent un déficit intellectuel, un trouble envahissant du développement, tout autre retard de développement important et un handicap physique majeur pouvant empêcher la participation au projet de recherche. Pour répartir les dyades dans le groupe anxieux ou dans le groupe non anxieux, une approche

dimensionnelle est favorisée. Une coupure à la moyenne ($M = 75,74$, $ÉT = 21,20$) de l'échantillon à l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété version Y (IASTA-Y; Gauthier & Bouchard, 1993) est effectuée pour séparer les parents anxieux des parents non anxieux. Quelques auteurs appuient cette procédure (Spielberger, 1983; Tabachnick & Fidell, 2001). Par ailleurs, il n'est pas possible de savoir si les parents du groupe anxieux présentent un niveau d'anxiété cliniquement significatif puisqu'ils n'ont pas pris part à une entrevue diagnostique. Ensuite, les dyades sont appariées selon l'âge et le sexe de l'enfant. Afin de contrôler pour ces variables préalablement aux analyses statistiques, seules les dyades qui ont pu être appariées sont retenues pour la présente recherche (Bouchard & Cyr, 2000). L'échantillon final est composé de 38 parents et un de leurs enfants âgés de 4 à 7 ans. L'échantillon de parents est composé de 32 femmes (84,2%) et de 6 hommes (15,8%) âgés entre 26 ans et 45 ans ($M = 35$, $ÉT = 4,87$). Chacun des deux groupes est composé de 16 femmes et 3 hommes. La majorité d'entre eux est née au Québec (76,3%). Une analyse de variance (ANOVA) effectuée indique que les participants des deux groupes sont comparables au plan de l'occupation, de la scolarité, ainsi que du revenu familial. L'échantillon d'enfants comprend 23 garçons (60,5%) et 15 filles (39,5%) âgés de 5 ans en moyenne. Le groupe anxieux comprend 12 garçons et 7 filles alors que le groupe non anxieux est composé de 11 garçons et de 8 filles. La langue parlée le plus souvent à la maison est le français à 92,1%.

Procédure

Lors d'une première étape, les parents intéressés contactent la coordonnatrice de recherche par téléphone. Cette dernière explique d'abord les objectifs de l'étude puis elle donne des précisions sur son déroulement. S'ils consentent à poursuivre, les parents répondent au questionnaire téléphonique sur la santé afin de vérifier leur éligibilité à

participer au projet de recherche ainsi qu'évaluer la présence de symptômes d'anxiété.

Par la suite, les parents participent, accompagnés d'un de leurs enfants âgés de 4 à 7 ans, à une rencontre au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Pendant cette rencontre, l'assistante de recherche présente et explique le formulaire de consentement (présenté en annexe) qui est ensuite signé par le parent. Ensuite, les dyades prennent part à la tâche d'interaction, soit les histoires à compléter (décrites dans la section tâche d'observation de l'interaction parent-enfant) qui sont administrées de façon standardisée par des étudiantes aux cycles supérieurs en psychologie et en psychoéducation formées à cet effet. Les tâches d'observation sont enregistrées sur DVD pour permettre, entre autres, la codification ultérieure. Celles-ci sont visionnées régulièrement par la coordonnatrice de recherche pendant le projet afin de s'assurer qu'elles sont administrées de façon standardisée. Une fois la tâche d'observation complétée, les parents complètent un questionnaire socio-démographique, des questionnaires auto-administrés sur l'anxiété et la dépression, ainsi que des questionnaires évaluant la psychopathologie de l'enfant. Lorsque le parent consent, un court questionnaire est envoyé à l'éducateur-trice ou à l'enseignant-e de l'enfant afin de pouvoir mesurer le fonctionnement affectif et social de l'enfant selon un observateur indépendant des parents. Les parents reçoivent un montant de 30\$ pour leur participation.

Mesures

Tâche d'observation de l'interaction parent-enfant

La tâche d'observation de l'interaction parent-enfant (jointe en annexe) est une adaptation du *New Mac Arthur Emotion Story-System* (Warren, Emde, & Oppenheim, 1993). Cet instrument standardisé permet d'obtenir des mesures auto-rapportées sur les pensées et les émotions des enfants de moins de 8 ans, ce qui peut être difficile avec les

instruments psychométriques habituels car ils manquent de fiabilité et validité (Perrin & Last, 1992; Silverman, 1991). Le but de cette activité est de recueillir un échantillon des discussions, à l'aide de petites figurines qui représentent les membres d'une famille, qui peuvent prendre place entre le parent et l'enfant dans un contexte où ils doivent résoudre des situations fictives qui suscitent diverses émotions. Il s'agit d'examiner les attitudes et les comportements des dyades lorsqu'ils font face à des situations anxiogènes ou ambiguës pour l'enfant. L'intérêt premier est d'observer les interactions qui prennent place autour de cette activité de narration, plus spécifiquement les façons de se coordonner pour construire une résolution aux différents canevas d'histoires proposés par l'expérimentatrice.

Trois histoires sont proposées aux dyades. Dans la première histoire, «le présent donné : un dessin à la garderie/à l'école» (Bretherton, Oppenheim, & The MacArthur Narrative Working Group, 1990), l'enfant rapporte à la maison un beau dessin qu'il a fait à la garderie ou à l'école et il le montre à ses parents. Cette histoire représente une situation pouvant susciter des émotions positives, telles que la fierté et la joie. Une deuxième histoire à compléter est présentée aux dyades, soit «la promenade au parc» (Bretherton et al., 1990). L'histoire est la suivante : pendant une promenade au parc, l'enfant aperçoit un rocher et il veut monter jusqu'en haut. La maman l'appelle à la prudence. Enfin, l'histoire «le bruit dans la nuit» (Bretherton et al., 1990) est proposée aux dyades. Celle-ci raconte l'histoire des membres d'une famille qui dorment dans la maison et qui entendent des bruits. L'enfant se réveille, il fait noir. Les deux dernières histoires présentées peuvent susciter davantage d'émotions négatives telles que l'anxiété. Il est à noter que le thème anxiogène est clairement suggéré dans la deuxième histoire, alors qu'il ne l'est pas dans la dernière histoire.

Le *New Mac Arthur Emotion Story-System* (Warren et al., 1993) est adopté dans de nombreuses études. Pour en nommer quelques-unes, il est utilisé pour observer divers comportements des enfants et les interactions parent-enfant dans le but de prédire diverses psychopathologies (Grych, Wachsuth-Schlaefel, & Klockow, 2002; Juen, Benecke, von Wyl, Schick, & Cierpka, 2005; Oppenheim, Emde, & Wamboldt, 1996; Oppenheim, Nir, Warren, & Emde, 1997; Ramos-Marcuse, 2002; Warren, Oppenheim, & Emde, 1996), pour tester l'efficacité d'interventions ayant pour but de prévenir des pratiques parentales à risque (Robinson, Hérot, Haynes, & Mantz-Simmons, 2000), pour observer les comportements d'enfants ayant été témoins de violence domestique (Stover, 2001; Wilkens, 2002), pour observer la variabilité du rythme cardiaque lors d'une narration abordant divers thèmes (Bar-Haim, Fox, VanMeenen, & Marshall, 2004), afin d'évaluer les compétences langagières des enfants (Fiorentino & Howe, 2004), etc. Cet instrument est également utilisé pour observer si certaines représentations et expériences peuvent prédire ultérieurement la présence d'anxiété chez l'enfant (Warren, Emde, & Sroufe, 2000).

Grille d'observation

La grille d'observation (voir en annexe) utilisée afin d'évaluer les co-constructions des dyades s'inspire de la grille élaborée par Warren et ses collaborateurs (1993). Celle-ci a été largement modifiée par Denis, Parent et Turgeon (2006) pour répondre aux besoins de cette étude afin d'y inclure, entre autres, plus d'échelles en lien avec les biais cognitifs et plus d'échelles visant l'observation des interactions parent-enfant pour évaluer les co-constructions des dyades. Spécifiquement, la première section de la grille vise à observer cinq dimensions : 1) l'affect initial de l'enfant et du parent, 2) la présence de comportements anxieux chez la dyade, 3) les différents thèmes soulevés pendant la narration 4) l'affect final de la dyade et 5) le contenu final de l'histoire. Plusieurs affects

sont évalués au début et à la fin de l'histoire : anxieux, positifs, colère et autres affects négatifs comme la tristesse. Ensuite, la fréquence des comportements anxieux est évaluée lors de l'élaboration de l'histoire. Les réactions anxieuses peuvent inclure des comportements comme se balancer, osciller sur sa chaise, se mordiller les lèvres, bégayer de façon intermittente et présenter un ton de voix anxieux. Les thèmes observés pendant la narration des histoires peuvent représenter autant des comportements positifs tels que la bravoure, la résolution de problèmes et la demande d'aide que des thèmes négatifs comme la colère, le déni, l'évitement des situations anxiogènes, l'anxiété et la catastrophisation. Le déni est défini ici comme la négation de l'idée centrale de l'histoire, c'est-à-dire lorsque le thème principal n'est pas introduit. Par exemple, dans l'histoire du bruit dans la nuit, les dyades élaborent une histoire comme s'il n'y avait jamais eu de bruit. Lorsque l'enfant ou le parent fuit la situation (par exemple, se cache en dessous du lit dans l'histoire du bruit dans la nuit ou fuit la montagne dans l'histoire de la promenade au parc), c'est plutôt de l'évitement d'une situation perçue comme anxiogène. La réponse de peur ou d'inquiétude est opérationnalisée de la façon suivante : lorsqu'un membre de la dyade rapporte verbalement qu'il a peur et s'il manifeste clairement des réactions de peur ou d'inquiétude. Par exemple, dans l'histoire du bruit dans la nuit, l'enfant ou le parent peut décrire les caractéristiques apeurantes du monstre. Le contenu de danger, quant à lui, se rapporte à la présence d'un danger mentionné par un membre de la dyade. Par exemple, dans l'histoire du bruit dans la nuit, le bruit est fait par un bandit. Enfin, la catastrophisation est utilisée lorsque la narration de la dyade comporte des éléments catastrophiques, soit un malheur effroyable et brusque. Il peut s'agir d'un feu qui ravage tout, d'un accident tragique, de la mort d'un proche, etc.

La deuxième section de la grille d'observation porte sur l'interaction qui prend part entre le parent et l'enfant autour d'un thème anxiogène. Ce dernier peut représenter un danger ou encore une réaction de peur ou une inquiétude. Le danger représente une situation ou un objet anxiogène qui menace la sûreté ou l'existence de la personne. La peur est une réaction immédiate (émotionnelle, physiologique, cognitive et comportementale) face au danger. L'inquiétude est définie ici comme l'anticipation d'un danger, qu'il soit réel ou non. Le verbatim des interactions portant sur les thèmes anxieux, en combinaison avec l'enregistrement sur DVD, sont alors analysés en profondeur. Plus précisément, les échelles en lien avec le thème anxiogène doivent être complétées à chaque fois qu'un thème de danger, de peur ou d'inquiétude est introduit dans la narration de l'histoire soit par le parent ou par l'enfant. Cette partie de la grille évalue six dimensions : 1) qui, du parent ou de l'enfant, introduit le thème anxiogène, 2) quelles sont les différentes interprétations anxiogènes pouvant être en lien ou non avec l'histoire proposée (soit des thèmes de danger, de peur ou d'inquiétude), 3) la présence de scénarios catastrophiques, 4) l'évitement d'un thème ou de la situation pouvant susciter de l'anxiété, 5) quelle est la résolution de l'interaction et 6) qui la propose. De plus, la longueur de l'interaction, c'est-à-dire le nombre d'échanges portant sur un thème anxiogène, est également mesurée. La grille d'observation comprend plusieurs systèmes de codification. Certaines variables à l'étude (par exemple, les affects et les thèmes dans la narration) sont évaluées de façon dichotomique, c'est-à-dire en fonction de leur présence ou absence. Pour d'autres variables, tels que les comportements anxieux, une échelle de type Likert à cinq niveaux est utilisée. Le premier niveau correspond à l'absence de comportement anxieux et le dernier à trait à une fréquence très élevée de comportements anxieux. Enfin, des échelles à choix multiples sont également utilisées. C'est le cas des énoncés de la section de la grille d'observation

portant sur l'interaction qui prend part entre le parent et l'enfant autour d'un thème anxiogène.

La codification de la tâche d'observation est effectuée par une étudiante à la maîtrise en psychoéducation et par une étudiante à la maîtrise en psychologie. Les codificatrices ne connaissent pas le groupe d'appartenance des dyades. Une formation de plus de dix heures a été nécessaire avant de débiter la codification. Précisément, quelques rencontres sont prévues afin de se familiariser avec la grille d'observation et pour y apporter certaines précisions et modifications. Puis, trois rencontres de calibrage ont été nécessaires avant de débiter la codification. Des accords inter-juges croisés sont effectués sur 25% des grilles d'observation sélectionnées au hasard. Les résultats des accords inter-juges sont satisfaisants avec un Kappa moyen de 0,85 (variant entre 0,33 et 1,00). Les résultats les plus faibles se retrouvent au plan des affects et des comportements anxieux (0,33 à 0,55) et sur les derniers énoncés du verbatim dans l'interaction parent-enfant (0,44 à 0,50).

Questionnaires administrés

Le Questionnaire sur la santé du parent (Valla et al., 1994) est une traduction du questionnaire DISSA: An abridged self-administered version of the DIS (Kovess & Fournier, 1990). Cet instrument permet d'évaluer les problèmes de santé mentale chez les parents, notamment sur les troubles anxieux et dépressifs, la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que les événements stressants vécus au cours des six derniers mois. Ce questionnaire a été modifié pour mieux évaluer les troubles anxieux (le trouble de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif et la phobie sociale) et de l'humeur (la manie), ainsi que la présence d'épisodes psychotiques. Pour ce faire, des énoncés provenant du Plan d'entrevue pour les troubles anxieux du DSM-IV version abrégée pour adulte de

Berthiaume et Brousseau (2004) et du Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders, patient edition (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) ont été ajoutés. Les données disponibles en ce qui a trait aux qualités psychométriques de cet instrument indiquent qu'elles sont satisfaisantes (Kovess & Fournier, 1990; Valla et al., 1994). Il est suggéré que ce questionnaire est un instrument de dépistage adéquat (Kovess & Fournier, 1990; Valla et al., 1994).

L'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété version Y (IASTA-Y; Gauthier & Bouchard, 1993), version française du State-Trait Anxiety Inventory-Y (STAI-Y) de Spielberger (1983) est un questionnaire auto-administré très utilisé pour évaluer la présence d'anxiété chez les adultes. Il comprend deux échelles de 20 énoncés chacune. L'échelle d'anxiété situationnelle mesure la présence d'anxiété au moment de la passation. L'échelle portant sur l'anxiété de trait mesure l'état général de l'adulte et sa façon habituelle de réagir aux situations. Les résultats de la validation française indiquent que les qualités psychométriques de l'IASTA-Y sont comparables à celles du STAI-Y en ce qui concerne la structure factorielle et la validité de construit (Gauthier & Bouchard, 1993). Pour la cohérence interne, des coefficients alpha de 0,90 et de 0,91 ont été trouvés pour les échelles d'anxiété situationnelle et de trait anxieux respectivement, ce qui est également comparable au STAI-Y.

L'Inventaire de dépression de Beck II (IDB; Beck, Steer, & Brown, 1998) est une traduction française du Beck Depression Inventory II (BDI-II) de Beck, Steer et Brown (1996). Ce questionnaire mesure la présence et la gravité de 21 symptômes dépressifs sur une échelle en quatre points. La personne doit choisir l'énoncé qui décrit le mieux ses sentiments au cours des deux dernières semaines. Cette version récente se base sur les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). Cet instrument possède une fidélité test-

retest satisfaisante (0,93) et une consistance interne satisfaisante (0,93) (Beck et al., 1996). Cet instrument permet de différencier les sujets déprimés des sujets contrôles ou anxieux.

La liste de vérification du comportement version préscolaire (1 ½ à 5 ans) (Achenbach & Rescorla, 2000) et La liste de vérification du comportement version scolaire (6 à 18 ans) (Achenbach & Rescorla, 2001) sont des mesures largement employées en recherche pour évaluer la psychopathologie de l'enfant. Ces instruments permettent d'évaluer plusieurs dimensions du fonctionnement de l'enfant dont les plaintes somatiques, le retrait social et l'immaturité. De plus, ils fournissent une mesure des problèmes intériorisés, comprenant les symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que des problèmes extériorisés. Ces instruments permettent également d'obtenir un profil du jeune selon les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). La fidélité test-retest de ces instruments est excellente ($r = 0,90$ pour la version préscolaire et $r = 0,85$ pour la version scolaire) de même que leur capacité discriminante et leur validité interculturelle (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001). La traduction française présente également de bonnes qualités psychométriques (Fombonne et al., 1988).

Le profil socio-affectif (PSA; Dumas, Lafrenière, Capuano, & Durming, 1997) est un court questionnaire envoyé à l'éducateur-trice ou à l'enseignant-e de l'enfant. Le PSA a été conçu au Québec. Il comprend 80 énoncés et son temps de passation est de 15 minutes. Il permet d'évaluer les compétences sociales et les difficultés d'adaptation des enfants âgés de 2 ½ à 6 ans. Le PSA comporte quatre échelles globales : compétence sociale, troubles intériorisés, troubles extériorisés et adaptation générale. Le PSA présente d'excellentes qualités psychométriques, notamment une bonne cohérence interne (α variant de 0,79 à 0,92), une bonne fidélité inter-juges ($r = 0,70$ à 0,91), une bonne fidélité test-retest ($r = 0,74$

à 0,87), une bonne stabilité temporelle à 6 mois ($r = 0,59$ à $0,70$), une bonne validité convergente avec le Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983) et enfin, une bonne validité discriminante entre un groupe clinique et un échantillon normatif (Lafrenière, Dumas, Dubeau, & Capuano, 1992).

Résultats

Les analyses statistiques descriptives permettent de documenter la présence de symptômes dépressifs chez les parents et la présence de symptômes intériorisés (particulièrement l'anxiété et la dépression) chez les enfants.

Comparaison des groupes au plan des symptômes intériorisés

Des analyses de variance (ANOVA) sont effectuées pour comparer les parents du groupe anxieux et du groupe non anxieux au plan des symptômes de dépression tels que mesurés par l'Inventaire de dépression de Beck II (Beck et al., 1998). Les résultats indiquent une différence significative entre les groupes, $F(1, 36) = 22,703$, $p < ,001$. Les parents anxieux ($M = 17,37$, $ÉT = 11,35$) manifestent plus de symptômes dépressifs que les parents non anxieux ($M = 4,32$, $ÉT = 4,01$).

Des analyses de variance (ANOVA) sont également exécutées pour comparer les enfants du groupe anxieux et du groupe non anxieux au plan des symptômes intériorisés tel que mesurés par La liste de vérification du comportement version préscolaire et version scolaire (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001). Les résultats montrent que les enfants âgés de 6 et 7 ans du groupe de parents anxieux présentent significativement plus de symptômes anxieux et dépressifs, $F(1, 17) = 4,528$, $p < ,05$ et ils ont significativement plus de problèmes d'attention, $F(1, 17) = 8,841$, $p < ,01$ que les enfants du groupe non anxieux. De plus, les résultats indiquent que les enfants du groupe anxieux présentent significativement plus de symptômes intériorisés (cette échelle regroupe les manifestations

d'anxiété/dépression, d'inhibition/dépression et les plaintes somatiques) que les enfants du groupe non anxieux, $F(1, 17) = 6,605, p < .05$. De plus, selon les critères diagnostiques du DSM-IV (1994), les enfants du groupe anxieux ont davantage de symptômes affectifs, $F(1, 17) = 11,353, p < .01$ et de symptômes anxieux, $F(1, 17) = 5,746, p < .05$ que les enfants du groupe non anxieux. Par contre, aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes au plan des symptômes intériorisés chez les enfants de 4 et 5 ans. Ces analyses sont effectuées en fonction du groupe d'âge des enfants en raison de l'utilisation de versions différentes du même instrument de mesure (voir la section mesure).

Des analyses de variance sont effectuées pour comparer les groupes aux échelles du profil socio-affectif (Dumas et al., 1997) complétées par 30 (15 dans le groupe anxieux et 15 dans le groupe non anxieux) éducateurs-trices ou enseignants-es des enfants. Les résultats démontrent que les enfants du groupe non anxieux sont significativement plus coopératifs que les enfants du groupe anxieux, $F(1, 28) = 4,982, p < .05$. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes au plan des symptômes intériorisés chez les enfants.

Analyses principales

Les histoires à compléter sont analysées séparément puisqu'elles abordent différents thèmes suscitant diverses émotions. Afin de mesurer les schémas cognitifs observés lors des interactions parent-enfant, des Khi-carré de Pearson sont effectués lorsque les principaux postulats sont respectés. Sinon, des Test exact de Fisher sont exécutés. Des analyses de variance (ANOVA) sont également réalisées sur certaines échelles évaluant des fréquences de comportements.

Histoire 1

Les résultats des analyses statistiques de la première histoire (illustrés au tableau 1), soit «le présent donné : un dessin à la garderie/à l'école» (Bretherton et al., 1990), ne permettent pas d'identifier de différence significative entre les groupes quant à l'affect initial du parent et de l'enfant, la présence de comportements anxieux chez la dyade, les différents thèmes soulevés pendant la narration, ainsi que sur le plan du contenu final de l'histoire et de l'affect final de la dyade. Aucune analyse statistique n'a été réalisée au plan de l'interaction autour d'un thème anxiogène, car seulement deux dyades du groupe anxieux ont soulevé des thèmes anxiogènes pendant la narration de leur l'histoire.

Insérer le tableau 1 ici

Histoire 2

L'histoire 2 représente un danger réel, c'est-à-dire que l'enfant veut monter jusqu'en haut d'un rocher et sa maman l'appelle à la prudence. Des Khi-carré et des Test exact de Fisher sont effectués pour comparer les dyades des deux groupes au plan des thèmes présents dans la narration de la deuxième histoire à compléter, soit «la promenade au parc» (Bretherton et al., 1990). Tel que présenté au tableau 2, les résultats de ces analyses révèlent que les dyades du groupe *non anxieux* rapportent significativement plus de thèmes de peur et d'inquiétude dans leur narration que les dyades du groupe anxieux, $\chi^2(1, N=38) = 5,729, p < ,05$. Les résultats indiquent également que les dyades du groupe anxieux abordent significativement plus de thèmes d'évitement (par exemple, fuir la situation) que les dyades du groupe non anxieux, $p < ,05$. Par contre, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée quant à l'affect initial et final de la dyade, au

plan de la présence de comportements anxieux pendant la narration, ainsi qu'au plan du contenu final de l'histoire.

Il est à noter que deux pères et une mère dans le groupe anxieux n'ont pas participé activement aux interactions dans cette histoire et dans l'histoire 3, laissant les enfants élaborer seuls les histoires. Donc, ces participants ont été exclus des analyses de la 2^e partie de la grille qui permet d'observer l'interaction qui prend part entre le parent et l'enfant autour d'un thème anxiogène.

Dans la 2^e partie de la grille d'observation de la deuxième histoire, il n'y a pas de différence significative entre les groupes au plan du membre de la dyade qui introduit un thème anxiogène lors de la narration. Le thème anxiogène est introduit davantage par les parents du groupe non anxieux (70,6%), alors qu'il est introduit également par le parent (50%) et l'enfant (50%) dans le groupe anxieux. Lorsque les dyades introduisent un thème anxiogène, les résultats des analyses suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative au plan des thèmes qui sont introduits. En effet, la grande majorité des dyades du groupe anxieux ($n=12$, 91,7%) et toutes les dyades du groupe contrôle ($n=17$, 100%) poursuivent dans le sens du thème proposé par l'histoire. Aucune différence significative n'est observée quant à qui, du parent ou de l'enfant, propose la résolution finale du thème anxiogène et au plan du contenu de la résolution du thème. Plusieurs dyades, soit quatre (25%) dans groupe anxieux et deux (10,5%) dans le groupe non anxieux, n'ont pas introduit de thème anxiogène dans la narration, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas poursuivi dans le thème proposé par l'histoire ou encore ils n'ont pas introduit de nouveaux thèmes anxiogènes en lien ou non avec l'histoire. Cette différence observée entre les groupes n'est pas statistiquement significative. En somme, les analyses de la deuxième histoire révèlent que les dyades du groupe non anxieux, comparativement au groupe anxieux, abordent davantage les thèmes

de peur et d'inquiétude suggérés par l'histoire et que les dyades du groupe anxieux abordent significativement plus de thèmes d'évitement dans la narration de leur histoire.

Insérer le tableau 2 ici

Histoire 3

Les analyses statistiques effectuées sur les variables de la troisième histoire, «le bruit dans la nuit» (Bretherton et al., 1990), indiquent plusieurs résultats significatifs qui sont présentés dans le tableau 3. D'abord, les résultats du Khi-carré démontrent que les enfants du groupe *non anxieux* présentent plus fréquemment un affect initial anxieux que les enfants du groupe anxieux, $\chi^2 (1, N=38) = 4,385, p<,05$. Ensuite, les analyses indiquent que le thème de déni, c'est-à-dire la négation de l'idée centrale de l'histoire (par exemple, dans cette histoire il n'y a jamais eu de bruit), est plus présent dans le groupe anxieux, $\chi^2 (1, N=38) = 7,795, p<,01$. Les thèmes de danger sont également plus présents dans le groupe anxieux que dans le groupe non anxieux, $\chi^2 (1, N=38) = 3,886, p<,05$. Les thèmes de catastrophisation, c'est-à-dire des éléments catastrophiques tel qu'un malheur effroyable et brusque, se retrouvent davantage dans les histoires des dyades du groupe anxieux que chez les dyades du groupe non anxieux, $p<,01$. Des analyses de variance (ANOVA) sont effectuées sur des groupements de thèmes anxieux fréquemment rencontrés et évalués à l'aide de la grille d'observation (thème de peur et d'inquiétude, thème de danger, catastrophisation, déni et évitement). Les résultats démontrent que ces thèmes sont plus présents dans la narration des dyades du groupe anxieux que dans la narration des dyades du groupe non anxieux, $F (1, 36) = 10,315, p<,01$. Des analyses de variance ont également été effectuées afin de comparer la fréquence des thèmes anxiogènes mentionnés ci-dessus,

mais cette fois en excluant le déni et l'évitement afin de dégager si certains des thèmes anxieux se retrouvent plus fréquemment dans la narration des histoires. Les résultats démontrent que ces thèmes sont plus présents dans la narration des dyades du groupe anxieux, $F(1, 36) = 9,447, p < .01$. Par contre, il n'y a pas de différence significative au plan de l'affect initial du parent et de la présence de comportements anxieux chez le parent et l'enfant pendant la narration de la troisième histoire. De plus, il n'y a pas de différence significative quant au contenu final de l'histoire et au plan de l'affect final du parent ou de l'enfant.

En ce qui a trait à la partie de la grille d'observation qui permet d'observer l'interaction qui prend part entre le parent et l'enfant autour d'un thème anxiogène, l'analyse de la variance effectuée permet d'affirmer qu'il existe une différence significative entre les groupes au plan de l'évitement (le thème est nié ou lorsqu'il est introduit, il y a présence de comportements d'évitement), $F(1, 33) = 10,472, p < .01$. En effet, les comportements d'évitement dans l'interaction autour d'un thème anxiogène sont plus présents dans le groupe anxieux que dans le groupe non anxieux. Enfin, il n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne quel membre de la dyade introduit le thème anxiogène dans l'interaction. Il semble que ceux-ci soient introduits plus par les enfants que par les parents dans le groupe anxieux ($n=16, 63,2\%$) et dans le groupe non anxieux ($n=19, 66,7\%$).

Insérer le tableau 3 ici

Durée des interactions

Des ANOVA sont effectuées pour comparer les dyades des groupes au plan de la durée des interactions, c'est-à-dire le nombre d'échanges portant sur un thème anxiogène. Les résultats indiquent qu'il y a une différence significative au plan de la durée de l'interaction dans l'histoire portant sur le bruit dans la nuit, $F(1, 33) = 6,057, p < ,05$. En effet, les dyades du groupe anxieux ($M = 8,25, \acute{E}T = 3,94$) élaborent des histoires de plus longue durée que les dyades du groupe non anxieux ($M = 5,58, \acute{E}T = 2,41$) lorsque des stimuli ambigus sont présentés. Par contre, aucune différence significative n'est observée quant à la durée de l'interaction portant sur un thème anxiogène dans les autres histoires à compléter.

Discussion

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si les dyades composées de parents qui présentent un niveau élevé de symptômes d'anxiété ont tendance à co-construire davantage d'interprétations anxiogènes que les dyades dont les parents manifestent peu de symptômes anxieux. Les analyses effectuées semblent supporter cette hypothèse, particulièrement lorsque des thèmes ambigus et des thèmes anxiogènes sont présentés aux dyades. Les données obtenues sont similaires aux résultats des études de Moore et ses collègues (2004) et de Whaley et ses collaborateurs (1999) décrites précédemment.

Les analyses exécutée au plan de la première histoire ne démontrent pas de différence entre les groupes sur les variables étudiées. Toutefois, il est intéressant de constater que deux dyades du groupe anxieux ont abordé des thèmes anxiogènes, alors que des émotions de joie et de fierté sont suggérées dans cette histoire. Une fin catastrophique est également observée dans un des scénarios.

Quelques différences sont observées entre les groupes au plan des thèmes présents dans la narration de la deuxième histoire. Un résultat intéressant concerne le fait que les dyades du groupe *non anxieux* abordent plus souvent les thèmes proposés par l'histoire, soit la peur et l'inquiétude face à l'escalade du grand rocher. En effet, il est observé que quatre dyades (25%) dans le groupe anxieux et deux (10,5%) dans le groupe non anxieux, n'ont pas poursuivi dans le sens du thème anxiogène suggéré par l'histoire. Par exemple, les dyades choisissent de raconter une histoire qui ne porte pas sur le thème anxiogène proposé. Lorsque les dyades du groupe anxieux abordent le thème proposé par la deuxième histoire, elles proposent plus de thèmes d'évitement que les dyades du groupe non anxieux. Par exemple, elles peuvent clairement fuir la situation et ce, à plusieurs reprises. Il semble que l'évitement soit utilisé par les participants comme stratégie de gestion de l'anxiété. Il aurait été intéressant de documenter davantage cette hypothèse pour connaître qui, du parent ou de l'enfant, propose ces comportements d'évitement. Lorsque le thème anxiogène est introduit, c'est davantage par les parents du groupe non anxieux, ce qui est cohérent avec l'histoire proposée puisque la mère prend la parole pour appeler l'enfant à la prudence. Par contre, le thème d'anxiété est introduit également par le parent et l'enfant dans le groupe anxieux. Enfin, les dyades des deux groupes ne se différencient pas quant à la façon de résoudre la situation anxiogène. Il était attendu d'observer plus de résolutions anxiogènes ou catastrophiques chez les dyades du groupe anxieux.

Des différences sont également observées lors de la troisième histoire. La présence d'une situation anxieuse dans cette histoire est plutôt ambiguë car le thème anxieux n'est pas clairement introduit, ce qui est différent de la 2^e histoire. Les résultats indiquent que le déni, c'est-à-dire la négation de l'idée centrale de l'histoire, est plus présent dans le groupe anxieux, ce qui peut constituer une forme d'évitement d'une situation anxiogène anticipée.

Les thèmes fréquemment rencontrés en anxiété, soit la peur, l'inquiétude, le danger, la catastrophisation, le déni et l'évitement, se retrouvent plus souvent dans la narration des dyades du groupe anxieux. Il est intéressant d'observer que la catastrophisation est absente chez toutes les dyades du groupe non anxieux, ce qui semble être une caractéristique propre aux dyades comportant des parents anxieux. Au plan de l'interaction qui prend part entre le parent et l'enfant autour d'un thème anxiogène, toutes les dyades du groupe anxieux introduisent un thème anxiogène dans leur narration contrairement à la deuxième histoire. Ces thèmes sont introduits davantage par les enfants que par les parents dans les deux groupes, ce qui est cohérent avec l'histoire proposée puisque c'est l'enfant qui est mis en action dans l'histoire à compléter.

Les résultats des analyses de la troisième histoire suggèrent que, lorsque les dyades anxieuses se retrouvent face à des informations ou des stimuli ambigus, elles manifestent plus de biais cognitifs que les dyades non anxieuses ce qui corrobore les résultats d'études précédentes (Barrett, Rapee et al., 1996; Chorpita et al., 1996; Creswell et al., 2005). Ces études démontrent que les enfants anxieux, tout comme leurs parents, démontrent un biais sélectif dans le traitement de l'information, favorisant les interprétations de stimuli ambigus comme étant menaçants. Par ailleurs, comme dans la deuxième histoire, l'évitement est très présent chez les dyades du groupe anxieux. Il semble que l'évitement se manifeste de plusieurs façons dans cette étude, soit éviter d'aborder une situation anxiogène, soit éviter de parler de certains thèmes faisant partie de cette situation. De plus, il est observé que les dyades du groupe anxieux élaborent des histoires de plus longue durée (en terme de fréquence des échanges) que les dyades du groupe non anxieux lorsque des stimuli ambigus sont présentés. Ce qui suggère que l'accent est fortement mis sur le thème anxiogène créé et introduit par la dyade.

Les résultats de la présente étude ne démontrent pas de différence entre les groupes au plan des affects observés au début de la narration des histoires à compléter, à l'exclusion de la troisième histoire. Les enfants du groupe *non anxieux* présentent plus souvent un affect initial anxieux que les enfants du groupe anxieux lorsqu'ils font face à un stimulus ambigu. Aucune différence n'est observée entre les groupes quant à la présence de comportements anxieux pendant la narration et ce, peu importe le type d'histoire. Il est rapporté par les codificatrices que les affects et les comportements anxieux sont difficiles à observer en raison de leurs subtilités manifestes. En effet, l'anxiété est un processus interne plutôt difficile à percevoir. Qui plus est, les accords inter-juges les plus faibles se retrouvent sur ces énoncés. Il se peut que la grille d'observation ne permette pas de bien différencier les affects en raison de sa construction. D'abord, ceux-ci pourraient être mieux définis et opérationnalisés. Des exemples concrets concernant leur manifestation comportementale faciliteraient grandement leur observation et leur différenciation. Il en est de même pour les comportements anxieux. Par ailleurs, puisque c'est la fréquence des comportements anxieux qui est mesurée, les catégories pourraient être quantifiées. Par exemple, le nombre de comportements anxieux pourrait être compté pour en déterminer plus facilement et objectivement la fréquence, plutôt que de se limiter à une échelle de Likert en cinq points. Enfin, les résultats des analyses n'indiquent pas de différence significative au plan de la façon de conclure les histoires à compléter et au plan des affects finaux dans les trois histoires proposées. Il était attendu d'observer plus de fins catastrophiques chez les dyades du groupe anxieux.

En somme, ce qui semble différencier particulièrement les groupes est d'abord la présence d'interprétations anxiogènes, voire même catastrophiques, chez les dyades du groupe anxieux et ce, surtout lorsque des stimuli ou des informations ambigus sont

présentés. Ce qui suggère que les dyades anxieuses surestiment la probabilité qu'un événement dramatique ou catastrophique se produise et qu'elles exagèrent la possible conséquence négative de cette situation. Ensuite, c'est l'évitement des situations anxiogènes réelles (histoire 2) et le déni des éléments anxieux dans une situation qui caractérisent les dyades comportant des parents anxieux. Il est possible que les biais cognitifs en lien avec l'anxiété se développent en raison de l'évitement des situations ou des éléments anxiogènes, ce qui est cohérent avec les modèles explicatifs du développement des problèmes d'anxiété (Chorpita & Barlow, 1998; Manassis & Bradley, 1994; Rapee et al., 2000; Vasey & Dadds, 2001). Ces modèles suggèrent que la relation parent-enfant est caractérisée par des pratiques parentales se définissant par la surprotection et le contrôle. Par exemple, le modèle étiologique de Rapee et ses collègues (2000) proposent que les comportements de contrôle excessif et de surprotection des parents aient comme conséquence d'encourager l'enfant à éviter les situations anxiogènes. Ils indiquent que l'évitement contribue à augmenter le niveau d'anxiété de l'enfant et sa tendance à percevoir le danger. Selon les auteurs, observer un parent qui adopte des comportements d'évitement confirme, encore une fois, que le monde est dangereux et que l'enfant n'a pas les habiletés pour y faire face. L'enfant apprend également qu'il n'a aucun contrôle sur les situations dites dangereuses. De plus, Rapee et ses collaborateurs mentionnent que l'adoption de ces pratiques parentales et l'évitement des situations anxiogènes sont plus présents lorsque le parent est lui-même anxieux. Donc, la présente étude supporte un modèle étiologique de l'anxiété qui met l'accent sur le développement, dans un contexte familial, d'un style cognitif anxieux (Barrett, Rapee et al., 1996).

Les résultats de cette étude pourraient suggérer des pistes intéressantes au plan de l'intervention. En effet, il semble que l'inclusion des parents dans le traitement des troubles

anxieux chez les enfants permettrait de maximiser les effets positifs de l'intervention en diminuant les variables parentales qui contribuent au problème de l'enfant. Tel que proposé par plusieurs auteurs, il serait indiqué d'inclure un volet d'intervention familiale afin d'outiller les parents à mieux gérer les comportements anxieux de leurs enfants (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001; Cobham, Dadds, & Spence, 1998; Mendlowitz et al., 1999; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). D'abord, en sensibilisant les parents quant à l'impact qu'ils peuvent avoir sur leurs enfants lorsqu'ils interprètent les situations comme anxiogène. Ensuite, en les outillant afin qu'ils ne renforcent pas les comportements d'évitement dans les situations anxieuses, ce qui peut contribuer à confirmer les biais cognitifs des enfants. Par ailleurs, il pourrait être pertinent d'intervenir précocement, c'est-à-dire avant l'apparition du problème d'anxiété chez l'enfant, en offrant des programmes de prévention de l'anxiété ciblant les parents afin de travailler sur les pratiques parentales à risque.

Cette étude comporte quelques limites méthodologiques qui doivent être considérées lors de l'interprétation des résultats. D'abord, les symptômes anxieux des parents n'ont pas été évalués à l'aide d'une entrevue structurée basée sur les critères diagnostics du DSM-IV (APA, 1994). Cette limite a été quelque peu contrée avec l'entrevue téléphonique effectuée à l'aide du Questionnaire sur la santé du parent qui semble avoir discriminé correctement les parents présentant des difficultés d'anxiété des parents non anxieux. De plus, il serait pertinent dans les études subséquentes de contrôler pour l'anxiété des enfants car leurs comportements influencent les pratiques parentales (Moore et al., 2004; Rapee et al., 2000). Dans le cadre du présent projet de recherche, l'unité d'analyse est le plus souvent la dyade. Ainsi, il est difficile de départager l'apport du parent anxieux de celui du fruit de l'interaction parent-enfant.

Ensuite, très peu de pères ($n=6$) se sont montrés intéressés à participer au projet de recherche, ce qui limite la généralisation des résultats à cette population. L'étude de McClure et ses collègues (2001) démontre que la présence d'un trouble anxieux chez la mère est un prédicteur de la présence d'anxiété chez l'enfant. Par contre, selon les résultats de leur recherche, cette association n'est pas significative chez les pères. Il serait intéressant d'inclure davantage de pères dans les prochaines études afin d'évaluer l'impact de leurs pratiques parentales qui peuvent être différentes de celles des mères. Par ailleurs, aucune information n'a été recueillie quant à l'autre parent ou adulte vivant avec l'enfant. Donc, il est impossible d'évaluer si ces personnes peuvent agir comme facteur de protection au plan de l'enfant, par exemple en tant que modèle positif d'apprentissage de techniques efficaces de gestion de l'anxiété. Inversement, il n'est pas possible de déterminer si elles peuvent agir comme facteur de risque. L'observation de la dynamique des interactions à trois (père, mère et enfant) peut s'avérer très informative quant à la richesse du répertoire comportemental de l'enfant, comparativement aux interactions dyadiques (Jacobvitz & Hazen, 1999).

L'échantillon des enfants de cette étude est composé majoritairement de garçons. Comme les facteurs de risque ne sont pas toujours les mêmes chez les garçons et les filles, cet élément doit être considéré dans la généralisation des résultats. Enfin, cette étude comporte un biais de sélection des participants, car ceux-ci ont répondu de façon volontaire à des annonces. Ces parents peuvent donc présenter des caractéristiques différentes des autres parents (niveau de motivation plus élevé, plus d'années de scolarité complétées, un souci pour le bien-être de leurs enfants, etc.).

Conclusion générale

L'objectif du présent mémoire de maîtrise était d'évaluer si les dyades composées de parents qui présentent un niveau élevé de symptômes d'anxiété ont tendance à co-construire plus d'interprétations anxiogènes que les dyades dont les parents manifestent peu de symptômes anxieux. Les analyses effectuées semblent supporter cette hypothèse, particulièrement lorsque des thèmes ambigus et anxiogènes sont présentés.

Les résultats démontrent des différences intergroupes sur deux aspects importants. D'abord, lorsque des thèmes ambigus sont présentés, les dyades du groupe anxieux manifestent davantage d'interprétations anxiogènes, voire même catastrophique, que les dyades du groupe non anxieux. Ces résultats suggèrent que les dyades du groupe anxieux surestiment la probabilité qu'un événement dramatique ou catastrophique se produise et qu'elles exagèrent la possible conséquence négative de cette situation. Ensuite, les analyses révèlent que les dyades du groupe non anxieux abordent davantage les thèmes de peur et d'inquiétude suggérés par l'histoire que les dyades du groupe anxieux. Ce sont les comportements d'évitement et de déni des éléments anxiogènes réels qui caractérisent particulièrement les dyades comportant des parents anxieux.

Plusieurs modèles explicatifs du développement des troubles anxieux indiquent qu'il est possible que les biais cognitifs en lien avec l'anxiété se développent en raison de l'évitement des situations ou des éléments anxiogènes (Chorpita & Barlow, 1998; Manassis & Bradley, 1994; Rapee et al., 2000; Vasey & Dadds, 2001). Rapee et ses collègues (2000) proposent que les comportements d'évitement puissent contribuer à augmenter le niveau d'anxiété de l'enfant et sa tendance à percevoir le danger. Par ailleurs, certaines pratiques parentales (par exemple, la surprotection et le renforcement des comportements d'évitement) ont comme conséquence d'encourager l'enfant à éviter les situations

anxiogènes. Donc, les résultats de cette étude semblent supporter l'hypothèse que le développement d'un style cognitif anxieux peut se faire, entre autres, dans un contexte familial (Barrett, Rapee et al., 1996).

Cette étude permet d'apporter, comme élément nouveau, que les réactions des dyades diffèrent selon le type de contenu (positif, ambigu et anxigène) présenté dans les histoires à compléter. Les études subséquentes pourraient contrôler pour l'anxiété des enfants car leurs comportements influencent les réactions parentales (Moore et al., 2004; Rapee et al., 2000). Dans le cadre du présent projet de recherche, l'unité d'analyse est le plus souvent la dyade. Ainsi, il est difficile de départager l'apport du parent anxieux de celui du fruit de l'interaction parent-enfant. Les recherches futures pourraient également inclure davantage de pères dans l'échantillon, car les deux parents ont un impact sur les comportements anxieux des enfants (Barrett, Rapee et al., 1996; Chorpita et al., 1996).

Références

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bar-Haim, Y., Fox, N. A., VanMeenen, K. M., & Marshall, P. J. (2004). Children's narratives and patterns of cardiac reactivity. *Developmental Psychobiology*, 44(4), 238-249.
- Barrett, P. M., Dadds, M. M., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. M., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 187-203.

- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books Inc.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory: Second Edition (BDI-II)*. Toronto: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *Inventaire de Dépression de Beck : Deuxième édition (IDB-II)*. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., & Nelson, L. P. (2005). Maternal phobic anxiety and child anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(6), 658-672.
- Berthiaume, C., & Brousseau, L. (2004). Plan d'entrevue pour les troubles anxieux du DSM-IV version abrégée pour adultes. Adapté de la version longue et de la version abrégée de Isabelle Boivin et André Marchand (1996): Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Chaloff, J., & Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as a risk factor. In J. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Bouchard, S., & Cyr, C. (2000). *Recherche psychosociale: Pour harmoniser recherche et pratique*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Bretherton, I., Oppenheim, D., & The MacArthur Narrative Working Group (1990). MacArthur story-stem battery.
- Brown, T., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule - 4th edition (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relationship to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 170-176.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. New York: Oxford University Press.
- Creswell, C., Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2005). Threat interpretation in anxious children and their mothers: Comparison with nonclinical children and the effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1375-1381.
- Curry, J. F., & Murphy, L. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. P., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at two-year follow-up. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 67*, 145-150.
- Denis, I., Parent, S., & Turgeon, L. (2006). *Manuel de codification des biais cognitifs lors d'interactions parent-enfant*. Document inédit. Montréal: Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

- Dumas, J., Lafrenière, P., Capuano, F., & Durming, P. (1997). *Évaluation des compétences et des difficultés d'adaptation des enfants de 2 ans ½ à 6 ans*. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée
- Dumas, J. E., LaFrenière, P. J., & Serketich, W. J. (1995). Balance of power: A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 104-113.
- Epkins, C. C. (1996). Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18(1), 83-100.
- Fiorentino, L., & Howe, N. (2004). Language competence, narrative ability, and school readiness in low-income preschool children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 36(4), 280-294.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, patient edition (SCID-I/P)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fombonne, E., Chedan, F., Carradec, A. M., Achard, S., Navarro, N., & Reis, S. (1988). Le Child Behavior Checklist : Un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 3(6), 409-418.
- Gauthier, J. G., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25(4), 559-578.

- Grych, J. H., Wachsmuth-Schlaefel, T., & Klockow, L. L. (2002). Interparental aggression and young children's representations of family relationships *Journal of Family Psychology*, 16(3), 259-272.
- Horvath Dallaire, D., & Weinraub, M. (2005). Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attachment & Human Development*, 7(4), 393-408.
- Jacobvitz, D., & Hazen, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 127-159). New York: Guilford Press.
- Juen, F., Benecke, C., von Wyl, A., Schick, A., & Cierpka, M. (2005). Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(3), 191-209.
- Kagan, J. (1994). Inhibited and uninhibited temperaments. In W. B. Carey & S. C. McDevitt (Eds.), *Prevention and early intervention: Individual differences as risk factors for the mental health of children*. New York: Brenner/Mazel, Inc.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child development*, 68, 139-143.
- Kovess, V., & Fournier, L. (1990). The DISSA: An abridged self-administered version of the DIS. Approach by episode. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25 (4), 179-186.
- Lafrenière, P. J., Dumas, J., Dubeau, D., & Capuano, F. (1992). The development and validation of the preschool socio-affective profile. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 442-450.

- Lovibond, P. F., & Rapee, R. M. (1993). The representation of feared outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 595-608.
- Macleod, C. (1991). Clinical anxiety and the selective encoding of threatening information. *International Review of Psychiatry*, 3, 279-292.
- Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 354-366.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 1-10.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mieztis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 471-476.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behavior Research and Therapy*, 38, 217-228.
- Oppenheim, D., Emde, R. N., & Wamboldt, F. S. (1996). Associations between 3-year-olds' narrative co-constructions with mothers and fathers and their story completion about affective themes. *Early development and parenting*, 5(3), 149-160.

- Oppenheim, D., Nir, A., Warren, S., & Emde, R. N. (1997). Emotion regulation in mother-child narrative co-construction: Associations with children's narrative and adaptation. *Developmental Psychology*, 33(2), 284-294.
- Perrin, S., & Last, C. G. (1992). Do childhood anxiety measures measure anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567-578.
- Ramos-Marcuse, F. M. (2002). Children's moral narratives: Links to aggression and early relationships. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(7-B), 3402.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2000). *Treating anxious children and adolescents: An evidence-based approach*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Reznick, J. S., Hegeman, I. M., Kaufman, E. R., Woods, S. W., & Jacobs, M. (1992). Retrospective and concurrent self-report of behavioral inhibition and their relation to adult mental health. *Development and Psychopathology*, 4, 301-321.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J., et al. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949.
- Robinson, J., Hérot, C., Haynes, P., & Mantz-Simmons, L. (2000). Children's story stem responses: A measure of program impact on developmental risks associated with dysfunctional parenting. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 99-110.

- Rubin, K. H., LeMare, L. J., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 525-535.
- Silverman, W. K. (1991). Diagnostic reliability of anxiety disorders in children using structured interviews. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 105-124.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist press.
- Stover, C. S. (2001). The effects of father visitation on preschool-aged witnesses of domestic violence. *Source Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(4-B), 2080.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics, Fourth edition*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 229-235.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Epstein, L. H. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 151-166.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to anxiety disorders? *Clinical Psychology Review*, 16, 157-172.

- Valla, J.-P., Breton, J.-J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., et al. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans* (Rapport de synthèse): Hôpital Rivière-des-prairies et Santé Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Vasey, M. W., & Macleod, C. (2001). Information-processing factors in childhood anxiety: A review and developmental perspective. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Warren, S. L., Emde, R., & Oppenheim, D. (1993). *New Mac Arthur Emotion Story-Stem*. Washington.
- Warren, S. L., Emde, R. N., & Sroufe, L. A. (2000). Internal representations: Predicting anxiety from children's play narratives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 100-107.
- Warren, S. L., Oppenheim, D., & Emde, R. N. (1996). Can emotions and themes in children's play predict behavior problems? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1331-1337.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mother and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826-836.

- Wilkins, S. L. (2002). The social problem-solving skills of preschoolers who witness domestic violence as measured by the MacArthur Story-Stem Battery. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(1-B), 555.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-1093.

Tableaux

Tableau 1

Comparaison des groupes au plan des biais cognitifs à l'histoire 1

Variables à l'étude dans la grille d'observation	Groupe anxieux <i>n</i>	Groupe non anxieux <i>n</i>	<i>p</i> =
Affect initial anxieux des enfants	19	19	1,000
Affect initial anxieux des parents	19	19	1,000
Comportements anxieux des enfants	19	19	1,000
Comportements anxieux des parents	19	19	,604
Thèmes anxieux dans la narration	19	19	
Déni avec ou sans explication	19	19	n/a
Évitement	19	19	n/a
Peur/inquiétude	19	19	1,000
Danger	19	19	,486
Catastrophisation	19	19	1,000
Contenu final anxiogène	19	19	1,000
Affect final anxieux des enfants	19	19	1,000
Affect final anxieux des parents	19	19	n/a

Tableau 2

Comparaison des groupes au plan des biais cognitifs à l'histoire 2

Variables à l'étude dans la grille d'observation	Groupe anxieux			Groupe non anxieux			F	X ²	p=
	n	M	ÉT	n	M	ÉT			
Affect initial anxieux des enfants	19			19					,105
Affect initial anxieux des parents	19			19					1,000
Comportements anxieux des enfants	19			19					,746
Comportements anxieux des parents	19			19					,105
Thèmes anxieux dans la narration									
Déni	19			19					,340
Évitement	19			19					,042
Peur/inquiétude	19			19				5,729	,017
Danger	19			19					1,000
Catastrophisation	19			19					,340
Contenu final anxiogène	19			19					1,000
Affect final anxieux des enfants	19			19					,486
Affect final anxieux des parents	19			19					1,000
Interaction parent-enfant									
Thème anxieux introduit	12			17					,379
Initiateur du thème anxiogène	12			17					,438
Poursuite dans le sens du thème anxieux proposé	12	7,88	7,51	17	10,63	8,78	,976		,330
Exacerbe le thème anxieux proposé	12	1,56	1,67	17	1,00	1,25	1,297		,263
Propose un nouveau thème anxieux en lien avec l'histoire	12	,81	1,52	17	,16	,50	3,152		,085
Propose un nouveau thème anxieux qui n'est pas en lien avec l'histoire	12	,13	,34	17	,00	,00	2,559		,119
Nie ou évite le thème anxieux proposé	12	,00	,00	17	,63	1,64	2,361		,134
Qui propose la résolution finale du thème	12			17					,703

Tableau 3

Comparaison des groupes au plan des biais cognitifs à l'histoire 3

Variables à l'étude dans la grille d'observation	Groupe anxieux			Groupe non anxieux			F	X ²	p=
	n	M	ÉT	n	M	ÉT			
Affect initial anxieux des enfants	19			19				4,385	,036
Affect initial anxieux des parents	19			19					,486
Comportements anxieux des enfants	19			19					1,000
Comportements anxieux des parents	19			19					,486
Thèmes anxieux dans la narration									
Déni	19			19				7,795	,005
Évitement	19			19				,117	,732
Peur/inquiétude	19			19					1,000
Danger	19			19				3,886	,049
Catastrophisation	19			19					,008
Tous les thèmes anxieux	19	3,11	,88	19	2,05	1,13	10,315		,003
Tous les thèmes anxieux (sans le déni et l'évitement)	19	1,89	,74	19	1,21	,63	9,447		,004
Contenu final anxiogène	19			19					1,000
Affect final anxieux des enfants	19			19					,604
Affect final anxieux des parents	19			19					n/a
Interaction parent-enfant									
Thème anxieux introduit	16			19					,1000
Initiateur du thème anxiogène	16			19					,715
Poursuite dans le sens du thème anxieux proposé	16	10,25	6,57	19	7,79	4,12	1,822		,186
Exacerbe le thème anxieux proposé	16	1,56	1,97	19	1,00	1,29	1,031		,317
Propose un nouveau thème anxieux en lien avec l'histoire	16	,25	,58	19	,00	,00	3,583		,067
Propose un nouveau thème anxieux qui n'est pas en lien avec l'histoire	16	,25	,58	19	,11	,32	,884		,354
Nie ou évite le thème anxieux proposé	16	2,25	1,77	19	,68	1,06	10,472		,003
Qui propose la résolution finale	16			19				,029	,866

Annexes

Histoires à compléter : récits narratifs

Le but de cette activité est de recueillir un échantillon des discussions qui peuvent prendre place entre le parent et l'enfant dans un contexte où ils doivent résoudre des situations fictives qui suscitent diverses émotions. Nous souhaitons examiner les attitudes et les comportements du parent et de l'enfant lorsqu'ils font face à des situations anxiogènes ou ambiguës pour l'enfant. Nous sommes intéressés par les *interactions* qui prennent place autour de cette activité de narration, plus spécifiquement à leur façon de se coordonner pour construire une résolution aux différents canevas d'histoires que nous leurs proposons. Votre rôle consiste, dans un premier temps, à présenter les canevas d'histoires avec animation de façon à bien traduire le climat émotif de chacune des histoires et à bien capter toute l'attention de l'enfant et de son parent. Dans un deuxième temps, votre rôle consiste à écouter avec une grande attention les récits des participants, de façon à bien leur communiquer votre intérêt pour leurs récits. Il faudra vous montrer TRÈS OUVERTES et ne pas manifester aucun jugement quant au contenu des récits des participants. Assurez-vous toutefois qu'ils respectent bien les consignes et que leur récit est bien intelligible. Vous devez également vous assurer qu'ils abordent le thème proposé par le canevas de l'histoire. Votre *attitude*, votre *dynamisme* et votre *aisance* avec la narration sont essentiels pour réussir à créer l'ambiance souhaitée; si vous êtes vous-même animée, expressive, attentive et intéressée, vous aiderez les participants à se sentir à leur aise et à participer avec animation à la tâche.

Déroulement des récits

- Prendre seulement la boîte correspondant à l'histoire (laisser les autres boîtes sur un meuble à côté).
- Placer Papa et Maman devant l'enfant (accessibles), toujours les placer en premier.
- Choisir ensuite les autres personnages et accessoires et les disposer.
- Ne pas laisser les sujets toucher le matériel avant d'avoir dit : «Montrez-moi et racontez-moi ce qui se passe maintenant»
- Pendant l'introduction de l'histoire, regarder surtout l'enfant, mais jeter de temps à autre un regard au parent pour qu'il se sente impliqué.
- Après le récit des sujets, toujours vérifier que l'histoire est bien terminée.
- Poser les questions prévues si le thème n'a pas été abordé.
- Retirer TOUT le matériel.
- Annoncer que la prochaine histoire va commencer et aller chercher la boîte correspondante.
- S'assurer d'avoir l'attention de l'enfant avant de présenter et disposer le nouveau matériel et débiter l'histoire.

Personnages

- Père
- Mère
- Gabriel-le (de même sexe que l'enfant évalué)
- Bébé (de sexe opposé à Gabriel-le)

Présent donné (dessin à la maternelle) = Boîte no 1

Thème : Fierté / Préférence parentale

Accessoire : Dessin fait par l'enfant

Personnages : Maman - Papa - Gabriel-le

Consignes

1. Notre jeu se fera avec des personnages de la famille que je vais vous montrer.
2. Je vais commencer l'histoire avec les personnages et divers objets. Je raconte le début et puis je vous demande de continuer, de terminer l'histoire **ENSEMBLE**, en me «montrant et me racontant ce qui arrive maintenant»
3. Voici les personnages de cette histoire: Maman - Papa - leur garçon/fille (montrer l'enfant du même sexe que le sujet). Elle/Il s'appelle Gabriel-le.*
4. Ils vont être dans toutes nos histoires
5. Êtes-vous prêts à commencer? (commencer la première histoire dans les termes précis du début de narratif).

* Note : Si l'enfant s'appelle Gabriel-le présenter le personnage sous un autre nom (Raphaël-le ou Emmanuel-le).

EXPÉRIM = EXPÉRIMENTATRICE

EXPERIM. : *(éloigner Gabriel-le des parents)*

Gabriel-le a travaillé très fort à la garderie (ou à l'école) aujourd'hui. Tu sais ce qu'il/elle a fait?

(pause) -- Si le sujet fait une suggestion, approuver la suggestion et dire que Gabriel-le a aussi fait autre chose.

Il/Elle a fait un très beau dessin (montrer le dessin fait par Gabriel).

Gabriel-le revient de la garderie.

(avancer Gabriel-le vers les parents).

Gabriel-le: «Allô, regardez ce que j'ai fait à la garderie aujourd'hui!»

(intonation excitée)

EXPERIM : Montrez-moi et racontez-moi ce qui arrive maintenant...

QUESTIONS

Quand l'histoire des sujets est terminée et qu'ils n'ont pas fourni ces informations dans leur narratif, poser les questions suivantes:

1. Qu'est-ce que maman et papa disent?
2. Est-ce que Gabriel-le donne le dessin à quelqu'un?
3. Qu'est-ce que papa et maman ont fait avec le dessin?
4. Comment votre histoire finit-elle? *(à demander 4 minutes après le début de l'histoire)*

Si les sujets répondent seulement verbalement, leur dire «Est-ce que vous voulez me montrer?»

Promenade au parc = Boîte no 2

Thème : Réaction au danger

Accessoire : Rocher - Poussette

Personnages : Père - Mère - Gabriel-le - Bébé

Consignes

1. Notre jeu se fera avec les mêmes personnages, mais en plus je vais ajouter le petit frère/sœur de Gabriel (montrer la poussette). Il y aura aussi un rocher (montrer le rocher).
2. Je vais commencer l'histoire Je raconte le début et puis je vous demande de continuer, de terminer l'histoire **ENSEMBLE**, en me «montrant et me racontant ce qui arrive maintenant»
3. Êtes-vous prêts à commencer? (Commencer l'histoire dans les termes précis du début de narratif).

EXPÉRIM = EXPÉRIMENTATRICE

EXPÉRIM. : Toute la famille s'en va au parc. Lorsqu'elle/il arrive au parc, Gabriel-le voit le grand rocher.

Gabriel-le : «Oh! regarde ce grand rocher! Je vais monter jusqu'en haut»

Mère:

(faire avancer la mère devant la poussette).

«Oh vraiment! Il faut que tu sois très prudent/e!»

(voix légèrement inquiète)

(replacer la mère derrière la poussette)

EXPÉRIM : Montrez-moi et racontez-moi ce qui arrive maintenant...

QUESTIONS

Quand l'histoire des sujets est terminée et qu'ils n'ont pas fourni ces informations dans leur narratif, poser les questions suivantes :

1. Gabriel-le a-t-il/elle réussi à monter sur le rocher?
2. (Si Gabriel-le tombe en bas du rocher): Que lui arrive-t-il lorsqu'il/elle tombe? (nature de la blessure - solution)
3. Qu'est ce que maman/papa a dit ou a fait ?
4. Comment votre histoire finit-elle? (à demander 4 minutes après le début de l'histoire)

Si les sujets répondent seulement verbalement, leur dire «Est-ce que vous voulez me montrer?»

Le bruit dans la nuit = Boîte no 3

Thème: Évaluer les biais cognitifs de l'enfant.

Accessoires: Deux lits

Personnages: Mère - Père - Gabriel-le

Consignes

1. **Notre jeu se fera avec les parents de Gabriel et Gabriel en plus, je vais ajouter des meubles que je vais vous montrer** (montrer les lits)
2. **Je vais commencer l'histoire. Je raconte le début et puis je vous demande de continuer, de terminer l'histoire ENSEMBLE, en me «montrant et me racontant ce qui arrive maintenant»**
3. **Êtes-vous prêts à commencer?** (commencer la première histoire dans les termes précis du début de narratif).

EXPÉRIM = EXPÉRIMENTATRICE

EXPÉRIM. : C'est le milieu de la nuit. Papa et maman sont couchés dans leur chambre. Les grands-parents gardent le bébé.

Gabriel-le est seul/e dans sa chambre. Tout le monde dort.
(pause)

Tout à coup, il y a beaucoup de bruit, des bruits très forts.
(pause)
(cogner sous la table)

Gabriel-le se réveille. Il fait très noir.
(Gabriel-le se met debout à côté du lit)

Montrez-moi et racontez-moi ce qui arrive maintenant...

QUESTIONS Quand l'histoire des sujets est terminée et qu'ils n'ont pas fourni ces informations dans leur narratif, poser les questions suivantes :

- 1: Qu'est-ce que c'était ces bruits-là?
- 2: Qu'est-ce que Gabriel-le a fait?
- 3: Qu'est-ce que maman/papa a dit ou a fait ?
- 4: Comment votre histoire finit-elle? (à demander 4 min. après le début de l'histoire)

Si les sujets répondent seulement verbalement, leur dire «Est-ce que vous voulez me montrer?»

Manuel de codification des biais cognitifs lors d'interactions parent-enfant

Isabelle Denis, Sophie Parent & Lyse Turgeon

Université de Montréal

Une adaptation du New Mac Arthur Emotion Story-Stem de Warren, Embe, Oppenheim (1993)

Juin 2006
© Isabelle Denis, 2006

Introduction

Ce système de codification est conçu à partir des recherches empiriques et des conceptualisations théoriques sur les interactions parent-enfant et le développement des troubles anxieux. Ce manuel décrit un système de codification pour l'observation des interactions parent-enfant par le biais d'une tâche d'histoires à compléter. Le but de cette activité est de recueillir un échantillon des discussions qui peuvent prendre place entre le parent et l'enfant dans un contexte où ils doivent résoudre des situations fictives qui suscitent diverses émotions. Nous souhaitons examiner les attitudes et les comportements du parent et de l'enfant lorsqu'ils font face à des situations anxiogènes ou ambiguës pour l'enfant. Nous sommes intéressées par les interactions qui prennent place autour de cette activité de narration, plus spécifiquement à leur façon de se coordonner pour construire une résolution aux différents canevas d'histoires que nous leurs proposons.

Spécifiquement, le système de codification vise à observer les schémas cognitifs des parents anxieux, en comparaison avec des parents non anxieux, lorsqu'ils sont en interaction avec leurs jeunes enfants (âgés de 4 à 7 ans) en utilisant une méthode d'observation directe afin d'élucider un des mécanismes potentiels de la transmission intergénérationnelle de l'anxiété. Ce système de codification a été construit afin de connaître si les dyades comportant des parents anxieux ont tendance à co-construire davantage d'interprétations négatives ou de scénarios catastrophiques que les dyades dont les parents ne présentent aucun problème d'anxiété¹.

Contexte d'observation

Durant cette activité, les dyades sont filmées en laboratoire lors d'une tâche d'histoires à compléter. Le but de cette activité est de recueillir un échantillon des discussions, à l'aide de petites figurines qui représentent les membres d'une famille nucléaire, qui peuvent prendre place entre le parent et l'enfant dans un contexte où ils doivent résoudre des situations fictives qui suscitent diverses émotions. L'expérimentatrice, dans un premier temps, présente les canevas d'histoires avec animation de façon à bien traduire le climat émotif de chacune des histoires et à bien capter toute l'attention de l'enfant et de son parent. Dans un deuxième temps, elle écoute avec attention les récits des participants et s'assure qu'ils respectent bien les consignes, que leur récit est bien intelligible et qu'ils abordent le thème proposé par le canevas de l'histoire.

Durée de la tâche : environ quatre minutes par histoire (3 histoires).

Description de la tâche

Voir en annexe pour une description complète de la tâche d'histoires à compléter (i.e. les trois histoires à compléter ainsi que la procédure d'administration).

¹ Les dyades sont assignées dans le groupe expérimental et dans le groupe contrôle en fonction des caractéristiques des parents. Pour ce faire, une coupure à la moyenne à l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété version Y (IASTA-Y; Gauthier & Bouchard, 1993) est effectuée pour séparer les parents anxieux des parents non anxieux.

Les histoires à compléter

- 1) **Le présent donné : un dessin à la garderie/école**
- 2) **La promenade au parc**
- 3) **Le bruit dans la nuit**

1. Affect initial de l'enfant

Cette échelle a pour but de décrire l'affect manifesté par l'enfant lors de son premier tour de parole. La narration débute lorsque nous disons : «montrez-moi et racontez-moi ce qui arrive maintenant»

1. Affect positif ; par exemple l'enfant sourit ou rit
2. Affect négatif ; autres que la peur et la colère, par exemple l'enfant manifeste de la tristesse
3. Affect de peur ou d'anxiété ; l'enfant semble apeuré, anxieux ou inquiet
4. Affect de colère ; l'enfant parle d'un ton de voix menaçant ou il fronce les sourcils
5. Affect neutre; l'enfant semble neutre ou lorsque aucune autre catégorie ne peut s'appliquer

2. Affect initial du parent

Cette échelle a pour but de décrire l'affect manifesté par le parent lors de son premier tour de parole. La narration débute lorsque nous demandons : «montrez-moi et racontez-moi ce qui arrive maintenant»

1. Affect positif ; par exemple le parent sourit ou rit
2. Affect négatif ; autres que la peur et la colère, par exemple le parent manifeste de la tristesse
3. Affect de peur ou d'anxiété ; le parent semble apeuré, anxieux ou inquiet
4. Affect de colère ; par exemple le parent parle d'un ton de voix menaçant ou il fronce les sourcils
5. Affect neutre; le parent semble neutre ou lorsque aucune autre catégorie ne peut s'appliquer

3. Comportements anxieux et manifestations physiologiques chez l'enfant

Cette échelle réfère aux comportements anxieux manifestés par l'enfant, i.e. qui indiquent l'appréhension ou la crainte. Cela peut inclure des comportements comme: se balancer, osciller sur sa chaise, ne pas tenir en place, se mordre les lèvres, bégayer de façon intermittente ou présenter un ton de voix anxieux. Par exemple, l'enfant peut donner des coups de pieds sur sa chaise, il peut mâchouiller une figurine lorsque l'expérimentatrice introduit l'histoire, il peut demander ce qui va se passer de façon répétitive, il peut crier «Non! Non!» et essayer de contrôler une figurine ou son parent.

Cette échelle réfère également aux manifestations physiologiques reliées à l'anxiété observées chez l'enfant. Elles doivent être clairement manifestées. Par exemple, l'enfant peut dire : «j'ai mal au ventre, j'ai mal à la tête, je me sens mal», etc. Cette échelle doit être cotée pendant la narration de l'expérimentatrice, ainsi que pendant la narration de l'histoire par la dyade.

Attention, il faut coter les comportements anxieux (i.e. lorsque l'enfant semble apeuré, anxieux ou inquiet) et non les comportements exprimant la colère (par exemple, lorsque l'enfant parle d'un ton de voix menaçant, crie ou fronce les sourcils).

1) Aucun comportement anxieux. À aucun moment durant la tâche l'enfant ne manifeste de comportement anxieux.

2) Peu de comportements anxieux. À de rares occasions l'enfant manifeste des comportements anxieux. Il peut l'exprimer au plan verbal («ah! c'est stressant ça !» «J'ai mal au ventre !») ou au plan comportemental («Non! Non!», tape du pied). La plupart du temps, il maîtrise son anxiété et poursuit la tâche.

3) Fréquence moyenne de comportements anxieux. À certaines occasions l'enfant peut manifester des comportements anxieux. Il peut se montrer ouvertement anxieux tant au plan verbal («ah! c'est stressant ça !» «J'ai mal au ventre !») que comportemental («Non! Non!», tape du pied). Lorsque cela se produit, il n'est pas dominé par son anxiété et il arrive à se concentrer et à poursuivre la tâche. Cet enfant se distingue de l'enfant en 2 par des réactions comportementales plus fréquentes et il se distingue de l'enfant en 4 par des réactions comportementales moins intenses.

4) Fréquence élevée de comportements anxieux. Souvent l'enfant réagit aux situations qui lui paraissent apeurantes. Il se montre ouvertement anxieux tant au plan verbal («ah! c'est stressant ça !» «J'ai mal au ventre !») que comportemental («Non! Non!», tape du pied). Lorsque cela se produit, il est dominé par son anxiété, mais cela ne l'empêche pas de se concentrer et de poursuivre la tâche.

5) Fréquence très élevée de comportements anxieux. L'enfant est très prompt à réagir à toutes les situations qui lui paraissent apeurantes. Il a un niveau très bas de tolérance à l'anxiété. Il se montre ouvertement anxieux tant au plan verbal («ah! c'est stressant ça !» «J'ai mal au ventre !») que comportemental («Non! Non!», tape du pied). Il est visiblement dominé par son anxiété. Il est tellement perturbé émotionnellement qu'il est incapable de se concentrer et il a de la difficulté ou il ne peut poursuivre la tâche.

4. Comportements anxieux et manifestations physiologiques chez le parent

Cette échelle réfère aux comportements anxieux manifestés par le parent, i.e. qui indiquent l'appréhension ou la crainte. Cela peut inclure des comportements comme: se balancer, osciller sur sa chaise, ne pas tenir en place, se mordiller les lèvres, bégayer de façon intermittente ou présenter un ton de voix anxieux. Par exemple, le parent peut se balancer sur sa chaise, il peut essayer de contrôler une figurine ou son enfant. Cette échelle réfère également aux manifestations physiologiques reliées à l'anxiété observées chez le parent. Elles doivent être clairement manifestées. Par exemple, le parent peut dire : «j'ai mal au ventre, j'ai mal à la tête, j'ai les mains moites», etc. Cette échelle doit être cotée pendant la narration de l'expérimentatrice, ainsi que pendant la narration de l'histoire par la dyade.

Attention, il faut coter les comportements anxieux (i.e. lorsque le parent semble apeuré, anxieux ou inquiet) et non les comportements exprimant la colère (par exemple, lorsque le parent parle d'un ton de voix menaçant ou fronce les sourcils).

1) Aucun comportement anxieux. À aucun moment durant la tâche le parent ne manifeste de comportement anxieux.

2) Peu de comportements anxieux. À de rares occasions le parent manifeste des comportements anxieux. Il peut l'exprimer au plan verbal («ah! c'est stressant ça !») ou au plan comportemental («Non!», se balance sur sa chaise). La plupart du temps, il maîtrise son anxiété et poursuit la tâche.

3) Fréquence moyenne de comportements anxieux. À certaines occasions le parent peut manifester des comportements anxieux. Il peut se montrer ouvertement anxieux tant au plan verbal («ah! c'est stressant ça !») que comportemental («Non!», se balance sur sa chaise). Lorsque cela se produit, il n'est pas dominé par son anxiété et il arrive à se concentrer et à poursuivre la tâche. Ce parent se distingue du parent en 2 par des réactions comportementales plus fréquentes et il se distingue du parent en 4 par des réactions comportementales moins intenses.

4) Fréquence élevée de comportements anxieux. Souvent le parent réagit aux situations qui lui paraissent apeurantes. Il se montre ouvertement anxieux tant au plan verbal («ah! c'est stressant ça !») que comportemental («Non!», se balance sur sa chaise). Lorsque cela se produit, il est dominé par son anxiété, mais cela ne l'empêche pas de se concentrer et de poursuivre la tâche.

5) Fréquence très élevée de comportements anxieux. Le parent est très prompt à réagir à toutes les situations qui lui paraissent apeurantes. Il a un niveau très bas de tolérance à l'anxiété. Il se montre ouvertement anxieux tant au plan verbal («ah! c'est stressant ça !») que comportemental («Non!», se balance sur sa chaise). Il est visiblement dominé par son anxiété. Il est tellement perturbé émotionnellement qu'il est incapable de se concentrer et il a de la difficulté ou est incapable de poursuivre la tâche.

5. Interaction parent-enfant

Cette échelle réfère aux interactions parent-enfant. Plus précisément, cette échelle doit être cotée à chaque fois qu'un thème de danger, de peur/d'inquiétude est introduit par la dyade, soit par le parent ou par l'enfant, dans la narration de l'histoire. Il s'agit de répondre aux questions suivantes :

Quel est le thème introduit?

- 1) Continuation d'un thème de danger en lien avec l'histoire
- 2) Exacerbation d'un thème de danger en lien avec l'histoire
- 3) Nouveau thème de danger qui n'est pas en lien avec l'histoire
- 4) Un thème de danger est introduit et nié immédiatement. Par exemple, le parent dit qu'il n'y a pas de monstre et propose une alternative.
- 5) Continuation d'un thème de peur/d'inquiétude en lien avec l'histoire
- 6) Exacerbation d'un thème de peur/d'inquiétude en lien avec l'histoire

- 7) Nouveau thème de peur/d'inquiétude qui n'est pas en lien avec l'histoire
- 8) Un thème de peur/d'inquiétude est introduit et nié immédiatement.

Le thème est introduit par :

- 1) L'enfant
- 2) Le parent

Que fait l'autre membre de la dyade?

- 1) Poursuit dans le sens du thème de danger ou de peur/inquiétude introduit (continuation)
- 2) Exacerbe le thème de danger ou de peur/inquiétude proposé
- 3) Propose un nouveau thème de danger en lien avec l'histoire
- 4) Propose un nouveau thème de danger qui n'est pas en lien avec l'histoire
- 5) Propose un nouveau thème de peur/inquiétude en lien avec l'histoire
- 6) Propose un nouveau thème peur/inquiétude qui n'est pas en lien avec l'histoire
- 7) Nie le thème de danger ou de peur/inquiétude introduit
- 8) Nie le thème de danger ou de peur/d'inquiétude et propose une alternative positive

Quelle est la contribution de l'initiateur du thème, i.e. que fait l'initiateur?

- 1) Poursuit dans le sens du thème de danger ou de peur/inquiétude qu'il a introduit au départ
- 2) Exacerbe le thème de danger ou de peur/inquiétude proposé
- 3) Propose un nouveau thème de danger en lien avec l'histoire
- 4) Propose un nouveau thème de danger qui n'est pas en lien avec l'histoire
- 5) Propose un nouveau thème de peur/inquiétude en lien avec l'histoire
- 6) Propose un nouveau thème peur/inquiétude qui n'est pas en lien avec l'histoire
- 7) Nie le thème de danger ou de peur/inquiétude introduit
- 8) Nie le thème de danger ou de peur/d'inquiétude et propose une alternative positive

Répéter jusqu'à ce qu'il y ait une résolution finale du thème.

Qu'elle est la résolution finale du thème? I.e. avant la proposition d'un autre thème de danger ou de peur/d'inquiétude par le parent ou par l'enfant.

- 1) Résolution positive. Par exemple, la mère propose d'aller manger une crème glacée.
- 2) Résolution négative/positive. Par exemple, l'enfant se fait réprimander justement.
- 3) Résolution négative. Par exemple, le monstre est dans la maison et il fait peur à la famille.
- 4) Résolution catastrophique. Par exemple, toute la famille meurt ou un incendie détruit la maison.
- 5) Résolution neutre. Par exemple, la famille rentre à la maison.

Qui propose la résolution finale du thème?

- 1) L'enfant
- 2) Le parent

Description des catégories

Les thèmes de danger. Ce thème réfère à la présence d'éléments impliquant le danger dans la narration de la dyade. Le danger peut présenter: 1) la continuité d'un thème de danger déjà présenté dans l'histoire, 2) être un thème de danger en continuité avec l'histoire mais exacerbé ou 3) un thème ajouté, c'est-à-dire qui n'est pas en lien avec l'histoire. Les agressions dites habituelles pour les enfants (les personnages qui se frappent) ne sont pas considérées comme des thèmes de danger. Les agressions sévères inhabituelles (par exemple Gabriel attaque un autre personnage avec des objets) sont considérées comme un thème de danger. Si un personnage meurt (par exemple, dans l'histoire de la promenade au parc, Gabriel meurt parce qu'il est tombé de la montagne) cela est considéré comme un danger.

Continuation d'un thème de danger en lien avec l'histoire. Ce code est utilisé lorsque le parent ou l'enfant introduit un thème de danger en lien avec l'histoire (par exemple dans l'histoire de la promenade au parc, Gabriel tombe une fois de la montagne).

Exacerbation d'un thème de danger en lien avec l'histoire. Ce code est utilisé lorsque le parent ou l'enfant exacerbe (répète) les thèmes de danger en lien avec l'histoire (par exemple dans l'histoire de la promenade au parc, Gabriel tombe à plusieurs reprises de la montagne).

Nouveau thème de danger qui n'est pas en lien avec l'histoire. Ce code est utilisé lorsque le parent ou l'enfant ajoute un nouveau thème de danger qui n'est pas en lien avec l'histoire.

Les thèmes de peur/d'inquiétude. Ce thème réfère à la présence de thèmes impliquant la peur ou l'inquiétude dans la narration du parent ou de l'enfant. La peur ou l'inquiétude peut présenter : 1) la continuité d'un thème déjà présenté dans l'histoire, 2) être un thème en continuité avec l'histoire mais exacerbé ou 3) un thème ajouté, c'est-à-dire qu'il n'est pas en lien avec l'histoire.

Continuation d'un thème peur/d'inquiétude en lien avec l'histoire. Ce code est utilisé lorsque le parent ou l'enfant introduit un thème de peur ou d'inquiétude en lien avec l'histoire (par exemple, dans l'histoire de la promenade au parc, le parent dit : «Attention! Tu vas tomber»).

Exacerbation d'un thème peur/d'inquiétude en lien avec l'histoire. Ce code est utilisé lorsque le parent ou l'enfant exacerbe (répète) les thèmes de peur ou d'inquiétude en lien avec l'histoire (par exemple, dans l'histoire de la promenade au parc, le parent dit à plusieurs reprises : «Attention! Tu vas tomber»).

Nouveau thème de peur/d'inquiétude qui n'est pas en lien avec l'histoire. Ce code est utilisé lorsque le parent ou l'enfant ajoute de nouveaux thèmes de peur/d'inquiétude qui ne sont pas en lien avec l'histoire.

Attention! Afin de différencier les thèmes de danger et de peur/inquiétude

Danger (déf.) : Situation ou objet anxiogène qui menace la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose.

Peur (déf.) : Émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace. La peur représente une réaction immédiate face au danger. Mais attention, la peur n'est pas seulement une réaction émotionnelle : elle peut également être une réponse physiologique, comportementale et cognitive devant un danger.

Inquiétude (déf.) : État pénible déterminé par l'attente d'un événement, d'une souffrance que l'on craint, par l'incertitude. L'inquiétude est l'anticipation d'un danger qu'il soit réel ou non.

6. Thèmes dans la narration de la dyade

Cette échelle réfère à la présence d'un ou de plusieurs de ces thèmes dans la narration de la dyade lors de l'histoire à compléter.

1. Agression, destruction ou blessure
2. Dénier avec ou sans explication
3. Évitement
4. Demande de l'aide ou obtient de l'aide
5. Résolution du problème
6. Réponse de peur ou d'inquiétude
7. Réponse de danger
8. Contenu positif
9. Colère ou contenu négatif
10. Catastrophisation
11. Autre

Description des catégories

1. Agression, destruction et blessure

Ce code fait référence à une bataille (agression) ou à la destruction, soit de quelqu'un ou de quelque chose. Ce code fait également référence à une blessure infligée ou reçue dans la narration.

2. Dénier avec ou sans explication

L'enfant ou le parent nie l'idée centrale de l'histoire, il peut fournir ou non une explication. Par exemple, dans l'histoire du bruit dans la nuit, c'est comme s'il n'y avait jamais eu de bruit. Donc, le thème n'est pas introduit.

3. Évitement

L'enfant ou le parent fuit la situation (par exemple, s'éloigne de la montagne dans l'histoire de la promenade au parc ou se cache en dessous du lit dans l'histoire du bruit dans la nuit).

4. Demande de l'aide ou obtient de l'aide

L'enfant ou le parent recherche activement de l'aide dans la narration (par exemple, lorsque l'enfant demande de l'aide à ses parents ou que le parent demande de l'aide à un autre adulte) ou encore l'aide arrive, c'est-à-dire lorsque quelqu'un offre de l'aide.

5. Résolution du problème

L'enfant ou le parent (nous parlons ici des personnages de l'histoire) tente de résoudre le problème. La réponse doit être mature. Si l'enfant fait un commentaire qui peut être interprété comme de la résolution de problèmes, mais il ne poursuit pas en ce sens (i.e. ne fait pas d'action) pour résoudre le problème, ne pas utiliser ce code. Utiliser ce code si l'enfant ou le parent tente clairement de résoudre le problème. Si la réponse initiale est qu'un proche tente de résoudre le problème, ne pas utiliser ce code (coder le numéro 4). L'enfant ou le parent peut démontrer des affects négatifs en tentant de résoudre le problème.

6. Réponse de peur ou d'inquiétude (ou de culpabilité)

Utiliser ce code lorsque l'enfant ou le parent dit qu'il a peur ou bien s'il manifeste clairement des peurs ou inquiétudes. Par exemple, dans l'histoire du bruit dans la nuit, s'il entend des bruits encore et encore (répétitions) ou bien s'il décrit les caractéristiques apeurantes du monstre (s'il y a lieu).

7. Contenu de danger

Utiliser ce code lorsque l'enfant ou le parent mentionne la présence de dangers. Par exemple, dans l'histoire du bruit dans la nuit, le bruit est fait par un bandit.

8. Contenu positif

Ce code est à utiliser lorsque l'enfant ou le parent raconte un segment d'histoire avec un contenu positif. Lorsque l'enfant affronte le monstre dans l'histoire du bruit dans la nuit, cela réfère à un contenu positif car c'est un comportement de bravoure.

9. Colère ou contenu négatif

Si la narration comporte de la tristesse, des cris, de la manipulation, de la défiance, de la malhonnêteté ou de la sornioiserie, utiliser ce code.

10. Catastrophisation

Ce code est à utiliser si la narration de la dyade comporte des éléments catastrophiques, i.e. un malheur effroyable et brusque. Par exemple, tout le monde meurt dans l'histoire.

11. Autre

Ce code doit être utilisé s'il y a un thème qui n'est pas dans le manuel. Le thème doit être identifié manuellement à l'endroit approprié dans la feuille de cotation avec une brève description de la situation.

7. Contenu final de l'histoire

Cette échelle a pour but de décrire le contenu final de l'histoire, soit la dernière réponse narrative, i.e. le dernier tour de parole de la dyade. Si, après la fin de l'histoire, un contenu additionnel est ajouté par le parent ou l'enfant, ne pas le coder.

Quel est le contenu final de l'histoire?

1. Absence de résolution
2. Contenu neutre
3. Contenu positif
4. Contenu négatif
5. Contenu de peur ou d'inquiétude
6. Contenu de danger
7. Contenu de colère
8. Contenu d'agression, de destruction ou de blessure
9. Fin catastrophique ou dramatique
10. Fin surnaturelle
11. Autre

Description des catégories

1. Absence de résolution

Utiliser ce code lorsque la réponse finale est une absence de résolution. Par exemple, l'histoire n'est pas terminée.

2. Contenu neutre

Utiliser ce code lorsque la réponse finale semble avoir un contenu neutre. Par exemple, l'enfant s'en va au lit ou la famille passe à la table pour souper.

3. Contenu positif

Utiliser ce code lorsqu'un problème majeur ou une situation négative dans l'histoire est résolu à la fin, ce qui procure un sentiment de soulagement. Alternativement, l'enfant ou le parent peut terminer l'histoire avec une fin positive. Par exemple, dans l'histoire du bruit dans la nuit, le monstre et l'enfant deviennent des amis ou encore le monstre est vaincu.

4. Contenu négatif (autre que la colère ou la peur)

Utiliser ce code lorsque la réponse finale comporte un contenu négatif autre que la colère ou la peur. Utiliser ce code lorsque s'il y a plusieurs émotions négatives difficiles à distinguer, de la tristesse, une perte ou encore des thèmes négatifs incluant la manipulation, la défiance (sans bataille), la malhonnêteté et la sornioiserie.

5. Contenu de peur ou d'inquiétude

La réponse finale inclue la mention de la peur ou d'une inquiétude (émotion d'anxiété).

6. Contenu de danger

La réponse finale inclue la mention d'une situation apeurante ou anxiogène (situation anxiogène).

7. Contenu de colère

La réponse finale implique que quelqu'un est fâché, soit que les parents sont fâchés contre leur enfant ou l'enfant manifeste de la colère ou se défend verbalement. Les critiques et les réprimandes sont aussi à coder comme étant de la colère. Ceci peut inclure une frustration mineure ou une punition.

8. Contenu d'agression, de destruction ou de blessure

La réponse finale implique de la destruction d'objets ou des blessures à cause d'une bataille. Utiliser ce code pour les punitions sévères (par exemple, l'enfant se fait frapper). Ce code fait référence à une blessure infligée par quelqu'un ou par quelque chose.

9. Fin catastrophique ou dramatique

Ce code fait référence à une fin catastrophique ou dramatique, i.e. un malheur effroyable et brusque se produit. Par exemple, tout le monde meurt.

10. Fin surnaturelle

Ce code fait référence à une fin surnaturelle, i.e. qui dépasse les lois de la nature, les explications scientifiques. Par exemple, une sorcière transforme le monstre en souris. Si la fin est surnaturelle mais catastrophique, utiliser le code le 9 et le noter à l'endroit approprié sur la feuille de cotation.

11. Autre

Utiliser ce code lorsque la réponse finale ne correspond pas à aucune autre catégorie. Le thème doit être identifié manuellement à l'endroit approprié dans la feuille de cotation avec une brève description de la réponse finale.

8. Affect final de l'enfant

Cette échelle a pour but de décrire l'affect manifesté par l'enfant à la fin de l'histoire, soit pendant son dernier tour de parole avant la fin de la narration par la dyade, i.e. lorsque nous demandons : «c'est comme ça qu'elle se termine votre histoire?» Et que la réponse est oui.

1. Affect neutre ; l'affect est neutre ou lorsque aucune autre catégorie ne peut s'appliquer
2. Affect positif ; l'enfant sourit ou rit
3. Affect négatif ; autres que la peur et la colère, par exemple l'enfant manifeste de la tristesse
4. Affect de peur ; l'enfant semble apeuré, anxieux ou inquiet
5. Affect de colère ; l'enfant semble en colère

9. Affect final du parent

Cette échelle a pour but de décrire l'affect manifesté par le parent à la fin de l'histoire, soit pendant son dernier tour de parole avant la fin de la narration par la dyade, i.e. lorsque nous demandons : «c'est comme ça qu'elle se termine votre histoire?» et que la réponse est oui.

1. Affect neutre ; l'affect est neutre ou lorsque aucune autre catégorie ne peut s'appliquer
2. Affect positif ; le parent sourit ou rit
3. Affect négatif ; autres que la peur et la colère, par exemple le parent manifeste de la tristesse
4. Affect de peur ; le parent semble apeuré, anxieux ou inquiet
5. Affect de colère ; le parent semble en colère

FIN!!!

Références

- Gauthier, J. G., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25(4), 559-578.
- Warren, S., Embe, R., Oppenheim, D. (1993) New Mac Arthur Emotion Story-Stem. Document inédit. Washington : George Washington University.

Feuille de codification

Numéro de l'histoire : _____

Numéro du sujet : _____

Codificatrice : _____

Date : _____

Expérimentatrice : _____

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Affect initial de l'enfant (p.3) | 1 2 3 4 5 |
| 2. Affect initial du parent (p.3) | 1 2 3 4 5 |
| 3. Comportements anxieux de l'enfant (pp.3-4) | 1 2 3 4 5 |
| 4. Comportements anxieux du parent (pp.4-5) | 1 2 3 4 5 |
| 5. Interaction parent-enfant
(voir page suivante du présent document) | |
| 6. Thèmes dans la narration (pp.8-9) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 7. Contenu final de l'histoire (pp.9-10-11) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 8. Affect final de l'enfant (pp.11) | 1 2 3 4 5 |
| 9. Affect final du parent (pp.11-12) | 1 2 3 4 5 |

Écrire le verbatim S.V.P

Quel est le thème introduit? 1 2 3 4 5 6 7 8

Le thème est introduit par qui? 1 2

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Répéter jusqu'à ce qu'il y ait une résolution finale du thème.

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'initiateur du thème 1 2 3 4 5 6 7 8

Que fait l'autre membre de la dyade? 1 2 3 4 5 6 7 8

Quelle est la résolution finale du thème? 1 2 3 4 5

Par qui? 1 2

Commentaires : _____

[illegible]

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PROJET DE RECHERCHE SUR LES INTERACTIONS PARENT-ENFANT DE 4-7 ANS

Nature et objectifs de l'étude

L'objectif de ce projet est d'étudier les relations parent-enfant à travers différentes situations d'interactions. Le projet consiste en une rencontre seulement et il s'adresse aux parents qui ont un enfant âgé entre 4 et 7 ans. Plus particulièrement, il s'adresse au parent qui passe le plus de temps avec l'enfant. Une compensation financière est offerte pour votre participation.

Le projet est subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et est approuvé par le Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Il est dirigé par Lyse Turgeon, psychologue et chercheure et Lucie Brousseau, psychologue et coordonnatrice de recherche. Les autres collaborateurs à ce projet sont André Marchand, psychologue et chercheur à la Clinique en intervention cognitivo-comportementale, Lyne Dumoulin, psychiatre et chef médical à la même Clinique, ainsi que Sophie Parent et Sylvie Normandeau, professeures à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal.

Déroulement de l'étude

- 1) Lors d'une première étape, nous vous contacterons pour une entrevue téléphonique.
- 2) Si vous êtes éligibles, nous vous demanderons de participer avec votre enfant à une rencontre d'environ deux heures, au Centre de recherche Fernand-Seguin. Nous vous demanderons de remplir quelques questionnaires sur vous et votre enfant et de faire des activités avec lui. Il y aura des jeux libres, des histoires que nous commencerons et vous demanderons de compléter, des casse-tête, dans certains cas des questions sur les rêves et les cauchemars, etc. Nous ferons aussi certaines activités seulement avec votre enfant mais vous serez toujours dans la même pièce que lui. Nous vous demanderons également votre consentement afin que nous puissions demander à l'éducatrice ou à l'enseignante de votre enfant de remplir un questionnaire sur son fonctionnement social.

Une somme de 30\$ vous sera remise pour vous remercier de votre participation.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous pourrez cesser votre participation en tout temps au cours de l'étude. Les responsables de l'étude se réservent aussi le droit d'interrompre votre participation s'ils le jugent nécessaire.

Confidentialité

Tous les renseignements que vous et votre enfant fournirez sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe auront accès à vos données.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez nommément les chercheurs, les organismes, les entreprises ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Coordonnées

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter la chercheuse principale, Lyse Turgeon, au (514) 251-4015 poste 2362 ou Isabelle Denis, étudiante à la maîtrise en psychologie, au (514) 251-4015 poste 2851.

De plus, pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter Mme Élise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services - Hôpital Louis-H. Lafontaine - 7401, rue Hochelaga – Montréal (Québec) H1N 3M5 – téléphone : (514) 251-4000, poste 2920.

ACCORD POUR PARTICIPER À LA RENCONTRE PARENT-ENFANT



J'ai pris connaissance des renseignements mentionnés et j'accepte de participer au projet de recherche en compagnie de mon enfant.

Nom en lettres moulées de la mère

Signature de la mère

Date

Nom en lettres moulées du père

Signature du père

Date

ACCORD POUR CONTACTER L'ÉDUCATRICE OU L'ENSEIGNANTE

J'accepte qu'une personne de l'équipe de recherche du Centre de recherche Fernand-Séguin contacte l'éducatrice ou l'enseignante de mon enfant pour lui demander de remplir un questionnaire sur son fonctionnement social.

Nom de l'enfant en lettres moulées

Nom en lettres moulées de la mère

Signature de la mère

Date

Nom en lettres moulées du père

Signature du père

Date



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENREGISTREMENT VIDÉO

Afin de s'assurer de la qualité des rencontres et de vérifier l'application du protocole de recherche, nous procéderons à l'enregistrement de toutes les rencontres sur bande vidéo. Notre équipe de recherche s'engage à assurer la confidentialité des enregistrements vidéo qui seront visionnés uniquement par les membres de notre équipe. Les bandes vidéo ne seront ni copiées ni diffusées d'aucune façon. Le contenu des bandes vidéo demeure confidentiel et anonyme ainsi que tous les renseignements que vous fournirez.

L'équipe de recherche s'engage à effacer le contenu des bandes dès que les vérifications mentionnées ci-dessus auront été faites, dans les plus brefs délais.

ACCORD POUR L'ENREGISTREMENT DE LA RENCONTRE PARENT-ENFANT

J'ai lu l'engagement à la confidentialité concernant les bandes vidéo et j'accepte que la rencontre soit enregistrée.

Nom en lettres moulées de la mère

Signature de la mère

Date

Nom en lettres moulées du père

Signature du père

Date

Madame, Monsieur _____ a pu poser toutes les questions qui lui paraissaient importantes et j'ai répondu à toutes ses questions en toute bonne foi et honnêteté.

Nom en lettres moulées de l'assistante de recherche

Signature de l'assistante de recherche

Date

Nom en lettres moulées de la chercheuse principale

Signature de la chercheuse principale

Date

Comparaison des enfants âgés de 4-5 ans au plan des symptômes intériorisés et extériorisés

Liste de vérification du comportement 1½ à 5 ans (score T)	Groupe anxieux ^a		Groupe non anxieux ^b		<i>F</i>	<i>p</i> =
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
Réactivité émotionnelle	65,67	11,20	56,80	9,59	3,456	,080
Anxiété/dépression	57,89	7,83	56,50	6,84	,170	,685
Problèmes somatiques	56,33	8,05	54,70	6,04	,254	,621
Inhibition	59,78	7,38	57,70	9,24	,289	,598
Problèmes de sommeil	58,56	9,46	53,90	4,93	1,866	,190
Problèmes d'attention	59,67	8,32	53,00	8,45	2,992	,102
Comportements agressifs	58,89	13,73	54,50	10,55	,618	,443
Comportements intériorisés	60,00	10,21	53,40	12,17	1,619	,220
Comportements extériorisés	54,67	16,54	47,90	13,77	,947	,344
Échelle totale	57,78	13,69	50,70	12,77	1,359	,260
Problèmes affectifs - DSM-IV	56,78	7,87	54,80	7,42	,318	,580
Problèmes d'anxiété - DSM-IV	59,11	8,19	55,00	7,59	1,290	,272
Trouble envahissant du développement - DSM-IV	59,56	7,06	57,50	6,67	,426	,523
Déficit d'attention/hyperactivité - DSM-IV	59,00	8,38	54,50	7,59	1,509	,236
Trouble de l'opposition avec provocation - DSM-IV	57,78	10,97	54,10	9,23	,629	,438

^an=9 ^bn=10

Comparaison des enfants âgés de 6-7 ans au plan des symptômes intériorisés et extériorisés

Liste de vérification du comportement 6 à 18 ans (score T)	Groupe anxieux ^a		Groupe non anxieux ^b		<i>F</i>	<i>p</i> =
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
Anxiété/dépression	67,60	8,91	58,11	10,53	4,528	,048
Inhibition/dépression	65,50	12,37	56,11	5,67	4,346	,052
Problèmes somatiques	62,20	11,05	55,22	6,91	2,647	,122
Problèmes sociaux	63,30	13,52	55,56	5,73	2,534	,130
Problèmes de la pensée	63,30	11,12	55,11	6,51	3,722	,071
Problèmes d'attention	63,20	6,25	55,44	4,95	8,841	,009
Comportements de bris de règles	62,50	11,74	56,11	5,62	2,201	,156
Comportements agressifs	68,00	13,38	59,11	8,16	2,966	,103
Comportements intériorisés	67,00	10,45	54,33	11,03	6,605	,020
Comportements extériorisés	61,40	15,50	55,67	11,85	,805	,382
Échelle totale	66,90	10,62	54,89	11,53	5,591	,030
Problèmes affectifs - DSM-IV	68,00	9,14	55,78	6,20	11,353	,004
Problèmes d'anxiété - DSM-IV	62,90	8,37	54,78	6,06	5,746	,028
Problèmes somatiques - DSM-IV	62,30	8,27	54,78	7,33	4,358	,052
Déficit de l'attention/hyperactivité - DSM-IV	62,60	7,34	56,22	8,73	2,994	,102
Trouble oppositionnel défiant - DSM-IV	64,70	9,14	57,78	6,48	3,312	,077
Trouble de la conduite - DSM-IV	63,40	12,19	56,11	7,03	2,471	,134

^an=9 ^bn=10

Comparaison des enfants au niveau des compétences sociales et les difficultés d'adaptation

Profil socio-affectif	Groupe anxieux ^a		Groupe non anxieux ^b		F	p=
	M	ÉT	M	ÉT		
Échelle déprimé/joyeux	35,80	5,45	37,27	8,06	,341	,564
Échelle anxieux/confiant	36,40	5,14	37,00	8,80	,052	,821
Échelle irritable/tolérant	30,73	10,16	37,73	8,68	4,116	,052
Échelle isolé/intégré	37,20	6,45	39,54	6,10	,962	,336
Échelle agressif/contrôlé	35,13	10,45	40,46	7,00	2,428	,131
Échelle égoïste/prosocial	31,60	10,51	37,80	6,12	3,896	,058
Échelle résistant/coopératif	36,47	10,71	43,47	5,73	4,982	,034
Échelle dépendant/autonome	32,80	8,20	37,29	6,14	2,749	,109
Échelle globale de problèmes intériorisés	78,47	10,40	80,57	11,42	,270	,608
Échelle de compétence sociale	122,93	34,81	146,67	25,17	3,921	,059
Échelle de problèmes extériorisés	74,73	18,70	84,40	14,08	2,558	,121
Échelle globale d'adaptation générale	276,13	56,55	310,18	49,91	2,534	,125

^an=15 ^bn=15